

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



# **Rigorózní práce**

Mgr. Andrea Šmejkalová

**Využití inventáře WISDM-68 v koučování tématu odvykání kouření**

**Application of the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives  
(WISDM-68) for coaching in the domain of quitting smoking.**

Praha 2013

konzultant: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Ráda bych velmi poděkovala především PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za příkladně odborné a inspirativní vedení diplomové práce, z níž tato rigorózní práce vychází, a za pokračující konzultace při jejím vzniku. Velký dík patří i dalším vyučujícím, lékařům z Centra pro léčbu závislosti na tabáku a všem ostatním odborníkům, s nimiž jsem měla možnost původní diplomovou práci konzultovat. Děkuji také doc. MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. a Mgr. Martinu Konečnému za to, že mi otevřeli dveře do světa koučinku. Děkuji všem účastníkům své studie za jejich čas, otevřenost, snahu a ochotu. Upřímně děkuji také svým rodičům, partnerovi a přátelům za trvající laskavou, neutuchající a všestrannou podporu a trpělivost.

*Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 27.1.2013*

.....

*Mgr. Andrea Šmejkalová*

**Abstrakt:**

Předkládaná rigorózní práce vychází z úspěšně obhájené diplomové práce věnující se možnosti využití psychologického koučování jako podpůrné metody při odvykání kouření. Teoretická část práce poskytuje přehled klíčových informací k tématům koučování a kouření s důrazem především na souvislosti, které se uplatnily v kvalitativním výzkumném projektu, jehož popis tvoří náplň části empirické. Na základě předem jasně stanoveného vlastního designu, který kromě fáze diagnostické a evaluační zahrnoval zejména ústřední fázi tříměsíčního koučinku devíti kuřáků v různých etapách procesu odvykání, autorka usilovala o zmapování možných přínosů, výhod a dalších aspektů využití koučinku jako inovativní metody, mezi alternativami intervencí nabízených při odvykání kouření doposud nepříliš frekventované. Hlavním přínosem této rigorózní práce je zaměření na Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření (WISDM-68) a jeho využití v koučování tématu odvykání kouření. Celou práci ilustruje nově zařazená ukázková případová studie.

**Klíčová slova:**

koučink, koučování, kouření, závislost na tabáku, odvykání kouření, diagnostika závislosti na tabáku, WISDM-68, Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření

**Abstract:**

This thesis is based on a successfully defended master's thesis dealing with the possibility of using psychological coaching as a support method for smoking cessation. The theoretical section provides an overview of key information on the topics of coaching and smoking, with an emphasis primarily on the aspects applied in the qualitative research project, the description of which constitutes the content of the empirical section. On the basis of the author's preconceived original design which, in addition to the diagnostic and evaluation phases, comprised the essential stage of the three-month long coaching of nine smokers in different stages of the cessation process, the author sought to map the potential benefits, advantages and other aspects of the use of coaching as an innovative method, thusfar not commonly included among the established alternatives offered as smoking cessation intervention techniques. The main contribution of this thesis is a focus on The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68) and its use in smoking cessation coaching. The whole process is illustrated by the newly introduced sample case study.

**Keywords:**

coaching, smoking, tobacco dependence, smoking cessation, quitting smoking, smoking dependence diagnostics, WISDM-68, The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives

# OBSAH

SEZNAM FREKVENTOVANÝCH ZKRATEK:	5
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	15
<b>1 KOUČINK</b>	<b>16</b>
1.1 Z HISTORIE KOUČOVÁNÍ	17
1.2 KDO JE A KDO NENÍ KOUČ	19
1.3 CO JE A CO NENÍ KOUČOVÁNÍ	23
1.4 PSYCHOLOGICKÉ KOUČOVÁNÍ	24
1.5 VYBRANÉ ASPEKTY KOUČOVACÍHO PROCESU	25
1.5.1 MODEL (THE) GROW	25
1.5.2 CÍL	26
1.5.3 SMARTER	27
1.5.4 ZVYŠOVÁNÍ UVĚDOMĚNÍ	28
1.5.5 KOUČINKOVÝ KONTRAKT	29
1.6 DALŠÍ PŘÍSTUPY	31
a) Mentoring	31
b) Poradenství	31
c) Psychoterapie	32
1.7 PŘÍNOSY KOUČOVÁNÍ	33
1.8 EFEKTIVITA KOUČOVÁNÍ	34
1.9 KOUČOVÁNÍ TÉMATU ZÁVISLOSTÍ	36
<b>2 KOUŘENÍ</b>	<b>37</b>
2.1 VÝSKYT	39
2.1.1 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI	40
2.2 DIAGNÓZA F17.2	45
2.3 PRINCIP FYZICKÉ ZÁVISLOSTI	47
2.3.1 MECHANISMUS ÚČINKU	49
2.3.2 INTOXIKACE	50
2.3.3 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY	51
2.3.4 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU	53

2.4	WISDM-68 .....	56
2.4.1	VÝVOJ INVENTÁŘE A PSYCHOMETRICKÉ CHARAKTERISTIKY .....	57
2.4.2	NÁZVY SUBŠKÁL .....	60
2.4.3	CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH SUBŠKÁL.....	61
2.5	PSYCHOSOCIÁLNÍ - BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOST .....	67
2.5.1	MOTIVACE PŘESTAT.....	68
2.6	MOŽNOSTI INTERVENCE .....	70
2.6.1	FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE .....	70
a)	léky k dostání bez lékařského předpisu .....	70
b)	léky vázané na lékařský předpis.....	71
c)	elektronická cigareta .....	74
d)	paipo .....	74
2.6.2	NEFARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE .....	75
a)	kognitivně behaviorální terapie (KBT).....	76
b)	metoda 5R.....	77
c)	the 5A's - 5P .....	77
d)	hypnóza .....	78
e)	motivační rozhovory .....	79
f)	Centra pro léčbu závislosti na tabáku.....	79
2.6.3	ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY.....	80
	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>82</b>
<b>3</b>	<b>PŘEDMĚT A CÍL .....</b>	<b>83</b>
<b>4</b>	<b>FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....</b>	<b>84</b>
<b>5</b>	<b>DESIGN VÝZKUMU .....</b>	<b>85</b>
5.1	PLÁN STUDIE .....	85
5.2	PRŮBĚH KOUČINKOVÝCH SEZENÍ.....	86
5.3	KONCEPCE VÝZKUMU .....	87
	<i>Akční výzkum .....</i>	<i>88</i>
	<i>Případová studie.....</i>	<i>88</i>
	<i>Kvalitativní evaluace .....</i>	<i>89</i>
	<i>Shrnutí .....</i>	<i>90</i>
5.4	POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT .....	90
	<i>Diagnostická fáze.....</i>	<i>90</i>
	<i>Koučinková fáze.....</i>	<i>93</i>
	<i>Evaluační fáze .....</i>	<i>94</i>
5.5	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT .....	95

<b>6</b>	<b>VÝZKUMNÝ VZOREK.....</b>	<b>98</b>
6.1	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	98
6.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	99
<b>7</b>	<b>INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>104</b>
7.1	SOUHRN PŮVODNÍCH NÁLEZŮ .....	104
7.2	ZMĚNY DOTAZNÍKOVÝCH SKÓRŮ .....	110
7.2.1	FTND .....	111
7.2.2	WISDM-68.....	112
7.2.3	WISDM-68 – PROFILY JEDNOTLIVÝCH PROBANDŮ.....	115
	Proband č. 1 .....	116
	Probandka č. 2 .....	117
	Probandka č. 3 .....	119
	Probandka č. 4 .....	120
	Proband č. 5.....	121
	Probandka č. 6 .....	122
	Probandka č. 7 .....	123
	Probandka č. 8 .....	124
	Probandka č. 9 .....	125
7.3	SHRNUTÍ .....	126
<b>8</b>	<b>KAZUISTIKA .....</b>	<b>127</b>
8.1	ÚDAJE O KLIENTCE: M.D.....	127
8.2	VÝSLEDKY ÚVODNÍHO VYŠETŘENÍ TESTOVÝMI METODAMI .....	127
8.3	KUŘÁCKÝ ASSESSMENT .....	127
8.4	DIAGNÓZA.....	128
8.5	PLÁN.....	128
8.6	PRŮBĚH JEDNOTLIVÝCH SEZENÍ .....	129
8.6.1	1. sezení.....	129
8.6.2	2. sezení.....	130
8.6.3	3. sezení.....	132
8.6.4	4. sezení.....	134
8.6.5	5. sezení.....	135
8.6.6	6. sezení.....	136
8.6.7	7. – závěrečné - sezení .....	137
8.7	VÝSLEDKY KONTROLNÍHO VYŠETŘENÍ PO TŘÍMĚSÍČNÍM KOUČINKU .....	137
8.8	INVENTÁŘ WISDM-68 PO ŠESTI MĚSÍČÍCH OD UKONČENÍ KOUČINKU .....	138
8.9	ZÁVĚR.....	139



<b>9</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>140</b>
9.1	SOUVISLOSTI.....	140
9.2	SUBJEKTIVITA .....	141
9.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU A OTÁZKA FINANČÍ .....	142
9.4	ETICKÉ ASPEKTY .....	144
9.5	VALIDITA A LIMITY STUDIE .....	146
9.6	APLIKACE POZNATKŮ V PRAXI.....	149
<b>10</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>150</b>
	ZDROJE .....	152
	PŘÍLOHY.....	163
	<u>POHLED ZE VNITŘ – INTROSPEKCE AUTORKY PROJEKTU</u> .....	164
	<u>HISTORIE KUŘÁCTVÍ</u> .....	167
	<u>INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA U VÝZKUMNÉHO PROJEKTU</u> .....	171
	<u>SOUHLAS ETICKÉ KOMISE VFN</u> .....	172
	<u>FAGERSTRÖMŮV TEST NIKOTINOVÉ ZÁVISLOSTI</u> .....	173
	<u>WISDM-68 THE WISCONSIN INVENTORY OF SMOKING DEPENDENCE MOTIVES</u> .....	174
	<u>WISCONSINSKÝ INVENTÁŘ MOTIVŮ ZÁVISLOSTI NA KOUŘENÍ</u> .....	176
	<u>KUŘÁCKÝ ASSESSMENT</u> .....	178
	<u>DOTAZNÍK ZPĚTNÉ VAZBY K PROGRAMU</u> .....	183
	<u>INFORMAČNÍ LETÁK</u> .....	186

### Seznam frekventovaných zkratek:

- **BDI** - Beck Depression Inventory (Beckův inventář deprese)
- **CLZT** – Centrum pro léčbu závislosti na tabáku
- **ČAKO** – Česká asociace koučů
- **EMCC** – European Mentoring & Coaching Council (Evropská rada pro mentoring a koučink)
- **FTND** – Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerströmův test nikotinové závislosti)
- **ICF** – International Coach Federation (Mezinárodní federace koučů)
- **KBT** – kognitivně behaviorální terapie
- **SMARTER** – metodika tvorby cíle v koučinku, viz kap. 1.5.3
- **THE GROW** – model využívaný v koučinku, viz kap. 1.5.1
- **WHO** – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
- **MKN-10** – Mezinárodní klasifikace nemocí
- **DSM-IV** - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
- **WISDM-68** – The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření)
- **kli** – klient nebo klientka dle kontextu (v kap. 8 - Kazuistika)
- **cg** – cigareta
- **cg/d** – cigaret denně (počet za den vykouřených cigaret)

## ÚVOD

*„It's easy to quit smoking. I've done it hundreds of times.”*

(Mark Twain)

*„Přestat kouřit je snadné, samotnému se mi to již aspoň stokrát podařilo.”*

Tato rigorózní práce je rozšířením úspěšně obhájené diplomové práce Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření. Konceptuálně se od ní liší v několika důležitých aspektech. Původní diplomová práce se povšechně zajímala o celé spektrum souvislostí koučinku tématu odvykání kouření. V návaznosti na to nově předložený text usiluje o užší zaměření. Hlavní přesah této rigorózní práce vůči původní práci diplomové spočívá v popisu a detailním rozpracování využití u nás doposud nezavedeného inventáře WISDM-68 v koučování tématu odvykání kouření a zařazení podrobné ukázkové případové studie dokumentující celý proces od prvního setkání s klientkou až po kontrolu o devět měsíců později. Z důvodu velkého výchozího rozsahu diplomové práce a v zájmu zachování přehlednosti bylo třeba přistoupit k provedení některých změn. Citlivým odstraněním textu, z hlediska nově formulovaného tématu nepodstatného, a sumarizací nálezů diplomové práce vznikl prostor, který byl využit především doplněním původních informací o nová výzkumná data a poznatky pramenící z doposud nepředstavených zdrojů. Na podnět oponentky diplomové práce byly také korigovány některé úryvky tak, aby lépe splňovaly formální a jazyková kritéria kvality předkládané práce.

Vznik diplomové práce podnítl klient, který mě na jaře 2011 vyhledal s cílem přestat kouřit s podporou kouče. Nejprve mě to trochu zaskočilo – s takovým zadáním jsem doposud nepracovala a navíc jsem si vybavila výrok staršího kolegy kouče – náruživého kuřáka, který při setkání na konferenci tvrdil, že koučink jakéhokoliv druhu závislosti je předem odsouzen k neúspěchu, protože vyžadují

léčbu a i její úspěšnost je malá, čímž preventivně shodil ze stolu i otázku koučinku odvykání kouření. Zřejmě to byl pro něj pohodlný, byť trochu pokrytecký, postoj k vlastnímu kuřáctví, s nímž neměl v úmyslu přestávat, avšak tuto myšlenku mohl použít na svou případnou obranu v situaci, kdy by zlozvyk mohl ohrozit jeho image profesionála.

Zmíněný potenciální klient mě však zaujal – pevné rozhodnutí ke změně a silné odhodlání a rozhodnutí vyzkoušet cokoli, co by mohlo pomoci, které jej dovedlo i za mnou, je přece pro úspěch v tak obtížné životní zkoušce klíčové, a proto jsem usoudila, že by bylo zajímavé pracovat s ním a sledovat tak v přímém přenosu, jak vlastně odvykání kouření za využití koučinku probíhá. Dohodli jsme se tedy, že naše setkávání pojmem experimentálně, takže bude optimálně užitečné nám oběma – jemu ve formě nedirektivní podpory dosažení cíle, kterou hledal, mně jako nultá fáze pozdějšího diplomního výzkumu.

S koučinkem jsem se poprvé setkala v rámci svého vysokoškolského studia prostřednictvím doc. MUDr. Mgr. Bahbouha, Ph.D. v jeho volitelném předmětu. Z jeho přednášek mě koučování zaujalo natolik, že jsem v něm absolvovala certifikovaný výcvik standardního rozsahu (80 hodin) a ve vzdělávání pokračovala po vlastní linii formou samostudia, návštěv tematicky zaměřených konferencí, seminářů, workshopů a dalších aktivit i po otevření vlastní praxe v lednu 2011. Od té doby jsem pracovala s mnoha klienty, kteří mě vyhledali přímo, nebo v rámci některého z projektů, jichž jsem se účastnila, mezi posledními například programu Koučink centra a Nadace Via Koučink – čas pro váš růst 2011 a 2012, věnujícího se práci s vybranými manažery nevládních organizací.

S klientem kuřákem jsem spolupracovala od března do října 2011 formou osobního setkávání kombinovaného s využitím aplikace skype, která díky své pokročilé audiovizuální přenosové technologii dokáže v případě nutnosti téměř plnohodnotně zastoupit kontakt tváří v tvář. Jestliže přicházel původně s tím, že cítí, že musí přestat, postupně začínal chtít to, co s sebou neslo nekouření, a na konci našeho setkávání mu již 4 měsíce cigareta ani nechyběla. Úspěch v této oblasti (po šesti předchozích pokusech) je zřejmý doposud. Nadto došlo k mnoha dalším

kladným změnám v jeho profesním i osobním životě – zlepšil svou kondici, začal se intenzivně věnovat cyklistice, přestal pít nadměrné množství kávy, povýšil v práci a podněty k celkové změně, ač jsme v sezení věnovali pouze cíli přestat kouřit, přičítal právě koučinku. Velmi jsem se těšila na práci s dalšími klienty a byla zvědavá, zda se jednalo pouze o jedinečný úkaz a k jakému efektu dojde u ostatních.

I přes zkušenost jsem na počátku práce s ostatními probandy stála před velkou neznámou. Na jedné straně jsem věděla o své kompetenci ve způsobu práce, který se pyšní velkým záběrem nejrozličnějších typů klientů i témat, od zvyšování pracovní výkonnosti top manažerů po práci na naplňování životních snů žen po odchodu dětí z domova, který se využívá k usnadnění zvládání profesních i životních změn a který je znám svou vysokou účinností. Na druhé straně bylo téma, s nímž jsem doposud neměla žádnou zkušenost, kromě té osobní, kdy jsem 10 let svého života strávila s cigaretou v ruce, doposud jsem však sama nikdy nezkoušela přestat kouřit. Po zvážení všech pro a proti jsem se rozhodla chopit se této výzvy a zjistit, co bádání přinese.

Velká část toho, co jsme objevili, byla již přiblížena na stránkách diplomové práce. V první části, jejíž kapitoly zůstaly pro užitečnost dobrého vědomostního zázemí ponechány bez zásadních obsahových změn i po úpravě textu do formy práce rigorózní, bylo nezbytné věnovat se podrobně teoretickým východiskům obou hlavních témat, tj. koučinku a kouření. Úsilí o jasnost a strukturovanost bylo hlavní prioritou a důraz jsem proto kladla zejména na aspekty vztahující se k empirické části práce. Obsáhlost zvoleného tématu vyžadovala nejprve objasnění způsobu, jakým kouč pracuje, jeho filozofii, některých uplatňovaných technik a konkrétních postupů, specifik a odlišností od ostatních druhů práce s lidmi. **Koučink** je náplní první kapitoly.

Druhá kapitola pojednává souhrnně problematiku kouření především z pohledu dnešní medicíny, tedy jako diagnózu definovanou v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Závislost, která na kouření vzniká, se demonstruje na fyzické i psychobehaviorální úrovni a při nedostatku nikotinu se projevuje abstinenními příznaky. Můžeme ji detekovat pomocí diagnostických nástrojů a pokoušet se

intervenovat v případě, že se pacient rozhodne zbavit se jí. Druhá kapitola usiluje o postihnutí všech uvedených a některých dalších souvislostí **kouření**.

Samotný kvalitativní výzkumný projekt navazující na zkušenost se zmíněným klientem je dokumentován v **empirické části** této práce. Je přehledně rozdělena do kapitol popisujících předmět a cíl studie, její design, výzkumný vzorek. Pokouší se zodpovědět předem položené výzkumné otázky a v diskusi se vyjádřit k jejich souvislostem. Vzhledem k obrovskému množství dat nashromážděných za období více než tříměsíční intenzivní práce s devíti probandy bylo nutné k jejich zpracování přistoupit se střídmostí a úsilím o strukturovanost, abychom z nich mohli co možná nejvíce benefitovat. Nemyslím si, že by toto pojetí bylo zužující, cílem bylo popsat přínosy koučování v práci s odvykajícími kuřáky a výzkumné otázky dobře plnily funkci mapy umožňující se na doposud neprobádaném území neztratit. Právě v této části práce zaznamenáme nejvýrazněji přesah, když je značný prostor věnován využití inventáře WISDM-68. Na ukázkou také byla zařazena jedna podrobná reprezentativní případová studie, která usnadňuje vytvoření povědomí o průběhu celého projektu na úrovni individuální práce.

Přínosem celé práce je objevení některých fenoménů, které se zdají být pro koučink tématu odvykání kouření stěžejní. Zajímavý je také přehled dotazníkových nástrojů využívaných ve světě k diagnostice nikotinové závislosti a především již zmíněný důraz věnovaný inventáři WISDM-68. Studie si kladla za úkol nahlédnout do neznáma a vyzkoušet, jak by se dalo využít koučinku při práci s klienty rozhodnutými přestat kouřit. Neaspirovala již na ověření platnosti nalezených předpokladů ani zjištění účinnosti koučinku jako podpůrné metody při odvykání kouření. To by vyžadovalo realizaci rozsáhlé navazující, optimálně kvantitativní studie, zaměřené na tyto konkrétní jevy u početnějšího reprezentativního souboru probandů. Naši práci můžeme vnímat jako svého druhu pilotáž takového projektu.

Přílohy zahrnují kromě zajímavého přehledu historie kouření v dějinách lidstva také beletristickou kapitolu shrnující osobní prožitek autorky projektu spojený s odvykáním kouření formou introspekce, formuláře některých nástrojů sběru dat,

využitých při diagnostické a evaluační fázi projektu, a to především těch, které byly sestaveny nebo přeloženy autorkou práce.

---

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 KOUČINK

Koučování jako metoda osobního rozvoje a vedení je téma mně velmi blízké vzhledem k tomu, že jsem v něm absolvovala výcvik a v současné době se mu mimo jiné profesně věnuji. Bylo o něm již napsáno tolik, že cílem této kapitoly není podat ucelený přehled, ale bude se věnovat zejména informacím, které mají vztah k empirické části mé práce.

V dnešní době je velkou výhodou množství dostupných pramenů dokonce i v českém jazyce, z nichž se může každý zájemce o koučování mnoho dozvědět a které i profesionální stávající kouč dále využívá k rozvoji své vědomostní platformy. Jak dokládají údaje o vydání publikací i například diplomová práce absolventa psychologie a kouče Mgr. Norberta Riethofa (2004), situace u nás ještě před několika lety tak příznivá nebyla. Následek výhod, které dnes požíváme, je však také to, že koučink provozuje a o něm píše leckdo a tištěné materiály (pokud vůbec alespoň ony) mohou být jediným zdrojem informací, které ve svých textech či praxi využívá. Bez znalostí pramenících z profesního výcviku, bez zkušeností z oboru a velmi často i bez alespoň okrajového povědomí o psychologii či tréninku v psychologickém uvažování.

Výsledkem je, že laická veřejnost, která zahrnuje i cílovou skupinu našich klientů, již o koučinku povětšinou slyšela, pravost a exaktnost informací však nebývá zaručena. To působí zmatení (ústící až v nechť služeb koučů využívat), s nímž se občas setkávám, ohledně toho, jak konkrétně kouč pracuje, jaké principy vyznává, jaké techniky využívá i proč tento soubor metod funguje. V této části práce bych ráda uvedla na pravou míru mýty, které o koučinku slýchám, tím, že jej představím ve světle, v němž jej vnímám. Jako metodu, které věřím a vůči jejímž zásadám a postupům se snažím ve své práci s klienty být maximálně loajální. Vzhledem k vlastnímu profesnímu směřování a v zájmu zachování struktury práce budu hovořit o individuálním koučinku, a odhlédnu tak od tématu týmového koučování.

## 1.1 Z HISTORIE KOUČOVÁNÍ

Kouč (coach), koučování, koučink (coaching), slova, která dnes zejména ve firemní praxi bývají často skloňována, pocházejí z anglického výrazu *to coach*, který v běžném jazyce stále nejčastěji znamená trénovat, soustavně připravovat, zejména v oblasti vrcholového sportu. Více než dříve se však s termínem *coaching* i v anglofonních zemích setkáváme ve smyslu způsobu vedení a profesní podpory, která se od prostého „trénování a školení“ v mnohém odlišuje.

Zajímavé mi připadá propojení toho, jak koučink dnes v Čechách vnímáme a původního významu podstatného jména *coach*. To bylo do angličtiny přeneseno v 16. století z maďarského *kocsi*, které znamenalo (a v anglické verzi i dodnes okrajově znamená) *kočár*, hlavní dopravní prostředek té doby. Fonetickou podobnost patrnou i v jeho české podobě nadto nacházíme i například ve španělštině (*coche*) či německém *Kutsche*. Oslovuje mě metafora, kdy kouč je „kočím“, který zná cestu (techniku), avšak cíl určuje klient, cestující (*coachee*). Kočár - koučink jako soubor metod - je pak prostředkem přepravy do cílové destinace (Fischer-Epe, 2006).

Hlavní význam slova *coach* se dále posunul k popisu osoby opatrovníka či tutora univerzitních studentů a do sportovní oblasti byl přenesen krátce před koncem 19. století. Pro naši práci nejvýznamnější posun proběhl v 70. letech minulého století zásluhou amerického tenisového trenéra **W. Timothy Gallweye**, který přenesl pojem od sportovního tréninku na pole rozvoje osobnosti, a o několik let později sira **Johna Whitmorea** z Velké Británie. Zhruba od té doby se tak datuje boom, který zasáhl postupně všech pět světadílů, někdy označovaný za revoluci v technikách řízení a vedení, která vedla k vytvoření metodologie koučování jako nástroje, který se stal zprvu výsadou oblasti byznysu a exekutivy.

Tato etapa vývoje byla završena, když koučinkové principy a techniky začaly pronikat také mimo budovy velkých korporací a nadnárodních společností a nacházet si místo v nabídce služeb pro individuální klienty, jako je psychoterapie, poradenství apod. Také spektrum témat, s nimiž lidé za kouči přicházeli, se

rozšiřovalo, což dalo vzniknout celému odvětví *life coachingu*. Zde kouč pomáhá klientovi hledat spokojenost a motivaci, možnosti, naději a také praktické prostředky a nástroje k dosažení změny ne především v pracovní oblasti, ale i ve všem ostatním, čím klient žije. Life coaching tedy zahrnuje i vztahy, zdraví, otázky životního stylu, zájmů, osobního rozvoje obecně a další oblasti, avšak pracuje na základě stejných principů a s využitím podobných technik, jako původně business coaching.

## **1.2 KDO JE A KDO NENÍ KOUČ**

V kartotéce na webových stránkách bývalého Integrovaného systému typových pozic (dnes Národní soustavy povolání) je kouč vymezen jako „... vysoce kvalifikovaný pracovník, který prostřednictvím specifických psychologických a koučovacích technik a koučovacích otázek podporuje jednotlivce nebo pracovní týmy při nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení v oblasti řízení a rozvoje managementu“. Jeho pracovní činnosti má být „... podporování klienta při nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení, při osobním a profesním rozvoji, stanovování vhodných koučovacích technik a postupů v procesu koučování, studium nových poznatků v oboru a jejich aplikace do procesu koučování, vedení administrativy a dokumentace spojené s koučováním, vyhodnocování efektivity (vstupů a výstupů) procesu koučování s klientem“ (Národní soustava povolání, n.d.).

Není nutné, aby kouč byl expertem na konzultovanou problematiku, podstatou jeho role je především odbornost týkající se procesuální stránky, přičemž hlavním specialistou na obsah daného koučování je sám klient. Je však užitečné, aby se kouč dokázal orientovat v pojmech, na jejichž základě komunikace s klientem probíhá.

### **Mezi základní kompetence kouče patří:**

- vedení koučovacího rozhovoru
- kladení přílehlavých koučovacích otázek
- využívání dostupných zdrojů k docílení klientova vytyčeného výsledku
- metodické vedení stanovování cílů
- aktivní naslouchání v průběhu koučovacího rozhovoru
- využívání koučovacích nástrojů
- metodická odbornost (Národní soustava povolání, n.d.).

Ze zkušenosti vyplývá, že mezi další užitečné dovednosti patří

- improvizace a přizpůsobení se klientově individualitě

- schopnost sebereflexe a osobní zralost v míře dostačující k tomu, aby se dokázal povznést nad vlastní pohled na řešenou situaci,
- zkušenosti s prací s lidmi, s prostředím, z něhož klienti přicházejí a s různými typy zakázek.

Obsáhlejší citace z webové stránky Registru koučů ČR usnadňuje pochopení, kdo je považován za správného odborníka na základě uvedeného „desatera špičkových koučů“:

1. *Mají silnou víru v sebe sama, mají srovnané své vlastní hodnoty, jsou autentičtí a vědí, čeho chtějí dosáhnout.*
2. *Mají vzdělání v oboru a stále pracují na svém vlastním rozvoji, učí se novým věcem.*
3. *Umějí pečlivě naslouchat, dávají vám najevo, že je vaše názory a stanoviska hluboce zajímaví.*
4. *Jsou přirozeně zvědaví zejména pokud jde o lidi kolem nich, mají smysl pro laskavý humor a pokoru.*
5. *Jejich osobní integrita je velmi vysoká, chovají se konzistentně, stojí si za svým a pokud se někdy zmýlí, nemají potřebu to maskovat. Jsou přímí a upřímní.*
6. *Svým klientům se snaží vycházet maximálně vstříc, chápou jejich potřeby a s každým z nich jednájí naprosto individuálně – i v maličkostech. Jsou otevření mnoha různým možnostem a nedrží se striktně zaběhaných postupů.*
7. *Jako podnikatelé mají stabilní finanční zázemí, neslibují nemožné a v otázkách peněz jsou vůči klientům naprosto otevření a jednájí s nimi na rovinu.*
8. *Sami mají dobře vybalancovaný svůj vlastní život, jsou spokojení.*
9. *Existují pro ně jasně definované etické i lidské hranice, vědí, kam až mohou zajít a nezneužívají koučinku k manipulaci. Neradí, nehodnotí, nepodsouvají svá vlastní řešení.*
10. *Mají silně rozvinutou intuici, jsou odvážní, kreativní, ochotni nést riziko toho, že jdou do neznáma. Jsou otevření změnám – vítají je a v pozitivním směru je podporují (Registr koučů ČR, n.d.).*

Zajímavé je, že na rozdíl od psychologů má obce koučů v ČR hned tři profesní sdružení (ČAKO - Česká asociace koučů, ICF ČR - Mezinárodní federace koučů se zastoupením v České republice a EMCC ČR - Evropská rada pro mentoring a koučink) a každé z nich vlastní etickou komisi, která dohlíží nad dodržováním etických kodexů. Novou silou, která usiluje o zvýšení úrovně služeb v oblasti koučinku, je EPPOK - Etická platforma profesních organizací koučů, založená v roce 2011, která sdružuje všechny výše zmíněné organizace a jejímž posláním je „posilovat a prosazovat vědomé etické chování profesionálních koučů a všech zúčastněných v procesu koučování“ (EPPOK, 2012). Zdálo by se tedy, že je zcela jasné a předem dané, co koučink obnáší a zahrnuje, a že si můžeme být jisti metodikou, principy i výsledky každého koučování, které se rozhodneme v různých rolích poskytnout či podstoupit. Bohužel to však vždy neplatí. Vzhledem k tomu, že profesní sdružení sice existují, avšak pro výkon profese kouče není nutné být jejich členem, a dokonce ani absolvovat odborný výcvik v oboru, protože k práci „na volné noze“ stačí pouhé vlastnictví živnostenského listu z kategorie tzv. volných živností, není v současné době možné kontrolovat kvalitu nabízených služeb ani to, zda se ve všech případech skutečně jedná o koučink s principy, které byly vymezeny výše.

Ve srovnání se světem v naší zemi nicméně panuje poměrně velká teoretická jistota v ohledu toho, kdo by se měl za kouče označovat, třebaže se to tak často v praxi neděje. Oproti tomu je v euro-americkém pojetí význam slova koučovat širší, má mnohem blíže než u nás k obecným výrazům „doprovázet, podporovat, vést, trénovat“ a nebazíruje tolik na odborné způsobilosti kouče, jako spíše na jeho lidských kvalitách, marketingu a schopnostech sebeprosazení v obrovské konkurenci, neboť tím, že je koučink chápán jako velmi široké pole působnosti, věnuje se mu také mnohem větší procento lidí, než je tomu u nás.

Například z více než 17 000 koučů sdružených po celém světě v ICF z nich v ČR působilo jen kolem 40 (ICF, 2009), národní ČAKO uvádí dalších 21 členů na různých akreditačních stupních (ČAKO, 2012a) a EMCC ČR v databázi uvádí svých pouhých 8 českých koučů (EMCC, n.d.). Uvědomme si, že zde hovoříme jen o počtech akreditovaných koučů, kteří jsou členy některé profesní organizace, tzn.

o menšině z celkového počtu absolventů koučinkových výcviků, kurzů a dalších vzdělávacích programů a také o menšině z celkového počtu všech osob, které svou práci nazývají koučinkem. Těch je podle nejnovějšího průzkumu ICF z letošního roku ve světě asi 47 500, z toho asi 41 000 v současné době aktivně pracujících s klienty (ICF, 2012).

### **1.3 CO JE A CO NENÍ KOUČOVÁNÍ**

Definice odborníků mají tendenci se lišit podle jejich individuálního vnímání konkrétního způsobu práce, domnívám se však, že je trefně propojují následující body:

- hlavním úkolem kouče je provázet a podporovat svého klienta v dosahování vytyčených cílů a nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení,
- jeho nejsilnějším nástrojem jsou koučovací otázky poskládané pro každého klienta specifickým způsobem tak, aby podporovaly zdárné směřování k cíli,
- práce s vizí a motivací klienta a snaha ji cíleně zvyšovat,
- sledování klientova stavu energie a provádění jejího transferu do potřebných oblastí,
- záměrný či optimálně intuitivní postup dle některého z modelů koučování (př. GROW, CREATE, STOP atd.),
- přímá interakce s jednotlivými klienty v průběhu tzv. sezení, kterých bývá standardně tři až devět v období asi tři až šesti měsíců,
- sezení trávající čtyřicet pět až devadesát minut a v našem prostředí se zpravidla odehrávající formou osobního kontaktu v prostorách, které zabezpečuje kouč tak, aby bylo zajištěno, že nebudou muset probíhat v domácím nebo pracovním prostředí klienta, což by bylo nežádoucí vzhledem k rozptylujícím vlivu takového umístění. V zahraničí, a zejména v USA, vzhledem k jazykové jednotě a často velkým vzdálenostem mezi klientem a koučem, není osobní setkání příliš běžnou variantou, mnohem častěji se koučuje po telefonu, prostřednictvím služby skype nebo s využitím e-mailu.

#### **Náplní koučování naopak není zejména:**

- udělování rad či doporučení klientovi,
- navrhování řešení (až na případy, kdy je kouč v konkrétní otázce odborníkem a klient jej o radu výslovně požádá, jedná se spíše o výjimečné situace, které by rozhodně neměly být běžnou náplní profese kouče),
- hodnocení klientových nápadů a rozhodnutí,
- vypracovávání odborných posudků.



## 1.4 PSYCHOLOGICKÉ KOUČOVÁNÍ

Jak již bylo uvedeno, ve své práci využívám metodiku psychologického koučování, jíž jsem se naučila v profesním výcviku. Vychází z koučovacích postupů obecně, navíc však přejímá některé prostředky z oborů psychologie a psychoterapie, které považuje za příbuzné, konkrétně například techniku aktivního naslouchání, škálování a mnoho dalších. Jeho předpoklady trefně vymezuje ve své diplomové práci z roku 2004 absolventka psychologie a lektorka mého výcviku Dana Fajmonová:

- *Každý člověk má potenciál ke změně a k růstu – tento předpoklad je shodný s předpokladem pozitivní a humanistické psychologie, vede k důvěře v překonávání překážek a zvyšování momentální úrovně dovedností.*
- *Každý člověk má k dispozici zdroje k tomu, aby u sebe změnil to, na čem mu záleží. Všichni jsme odpovědní za své myšlenky, pocity a jednání – tento předpoklad umožňuje upevňovat vědomí odpovědnosti za své jednání a možnost změny klienta, kouč v průběhu práce není odpovědný za chování koučovaného, je odpovědný za to, aby mu prostřednictvím svých dovedností poskytoval možnosti ke změně, vědomí odpovědnosti vede k většímu pocitu moci nad svým životem.*
- *Každá lidská bytost má jedinečné vnímání a chápání světa – tato myšlenka vede k akceptaci člověka a jeho individuality, přijetí odlišnosti lidí vede k otevřenosti a toleranci k rozdílným cestám, k cílům, které si lidé stanoví, kouči nejsou odborníky na život a neznají patent na to, jak žít lepší život, jejich cílem je pomoci si ho ujasnit koučovanému a hledat cesty, které jsou v souladu s jeho hodnotami a životní situací (Fajmonová, 2004, s. 46-47).*

Je tedy zřejmé, že **psychologické koučování neznamena life coaching**, s nímž občas bývá zaměňováno. Life coaching (viz kap. 1.1) znamená rozšíření tematického záběru koučování (nejen psychologického) na oblasti osobního života a rozvoje, zatímco nazveme-li koučování psychologickým, hovoříme o metodě práce (viz výše), kterou můžeme uplatnit v práci na libovolném tématu v oboru pracovního i osobního života.

## 1.5 VYBRANÉ ASPEKTY KOUČOVACÍHO PROCESU

### 1.5.1 MODEL (THE) GROW

Protože považuji za důležité uvést, co chápu pod pojmem koučink, a také je to zcela zásadní pro možnost replikovat můj výzkum, na následujících řádcích bych ráda stručně popsala konkrétní model práce, který jsem si osvojila ve výcviku a který jsem aplikovala také na své klienty v rámci jejich odvykání kouření. V empirické části práce uvedená kazuistika byla zařazena s úmyslem ilustrovat celý proces i průběh jednotlivých sezení na konkrétním a zároveň jedinečném příkladu individuálního koučinku jedné klientky.

Hlavním úkolem kouče je vést a podporovat svého klienta v dosahování vytyčených cílů a nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení. Kouč má k dispozici rozličné techniky, které mu usnadňují dodržování struktury jednotlivých sezení i celého procesu setkávání s klientem, zlepšují cílesměrnost jeho konání. Užitečnost aplikace některého z modelů spočívá zejména v tom, že nám umožňuje přidržet se standardizovaného, dobře fungujícího postupu, který je vyzkoušený a ověřený praxí ostatních odborníků. Samozřejmě se nemá jednat o rigidní přidržování se jakéhokoliv modelu, ten má být jen prostředkem, nikoliv cílem. Vždy je nejdůležitější konkrétní úvaha, vztahující se ke každému klientovi, na kterého je třeba se dívat jako na jedinečnou bytost a podle toho jej i vést - práce s ním by vždy měla respektovat jeho individualitu více, než se jen soustředit na přesnost dodržování technik. Ideálem je internalizace práce s modelem do takové míry, kdy jsme schopni jej využívat intuitivně.

U nás běžně uplatňovaný model (The) GROW zahrnuje 5 hlavních fází, které se všechny vyznačují specifickým způsobem kladení otázek:

- **T** - téma setkávání, oblast, která je ústředním bodem setkávání
- **G** - definování celkového cíle (**goal**), kterého se pod koučovým vedením bude klient v průběhu navazující řady sezení a zejména mezi nimi snažit postupně dosáhnout. V této fázi koučinku se využívá specifický postup, jak cíl vymezit (SMARTER), který je popsán v následující kapitole.

- **R** - mapování reality, oblast, do které spadá rozhovor na téma minulých zkušeností s daným problémem a zejména (protože se koučink zaměřuje na pozitivní zpevnování a shaping) s úspěšnými řešeními, předchozí efektivity, inspirujících situací a osob, které klient zná a které mu mohou pomoci, poradit, jít příkladem atp.
- **O** - identifikace možností (**options**), kterými klient disponuje, avšak které snad zatím bez koučovy intervence a jeho tvořivých otázek, měnících úhel klientova pohledu, nebyl doposud schopen do rozhodovacího procesu vnést
- **W (will)** - tvorba akčního plánu, na jehož základě bude klient systematicky postupovat a který mu umožní kontrolu nad tím, přibližuje-li se efektivně stanovenému cíli za přijatelných podmínek (Whitmore, 2009). Zahrnuje také velmi užitečnou aktivizační otázku, *Co je možné udělat ještě dnes?*

Osvojení si tohoto modelu mezi jinými umožňuje být schopen pracovat strukturovaně v každém sezení a neopomíjet některé důležité aspekty klientova sdělení. Klient má možnost všimnout si některých opakujících se vzorců práce kouče a jako vedlejší produkt si tak odnáší metodiku, kterou může využít při případném pozdějším sebekoučování.

### 1.5.2 CÍL

Schopnost kouče podpořit klienta při vytváření cíle znamená zásadní moment jeho práce. Zdá se, že jedním z hlavních úskalí, na které lidé, snažící se uspět, narážejí, je nedostatečná dovednost definovat vlastní cíl. Velmi často umějí dostatečně vymežit to, co nechtějí, opačné - efektivnější - uvažování se však zdá být náročnějším. Jak bylo zmíněno výše, v rámci koučování si klient vlastně jako vedlejší produkt osvojuje techniku, jak kýžený výsledek specificky a časově vymežit, kvantifikovat, testovat jeho reálnost, jak jej přerámovat do podoby, která bude mít aktivizující a „energizující” efekt. To vše má za následek, že dokáže bezpečně rozpoznat moment, kdy svůj cíl naplnil, přičemž prožívá mnohem větší uspokojení a radost z jeho objektivizovaného dosažení.

V průběhu práce na definování cíle i nadále kouč postupuje strukturovaně a snaží se zaměřit i na hledání skutečných motivů, které mohou stát za zakázkou, s níž původně klient přichází. K tomu může mimo v našem projektu využitého modelu The GROW sloužit také například Gallweyův přístup Inner Game nebo dále CREATE, STOP, PRACTICE atd., ale také množství technik, které citlivě aplikuje v závislosti na konkrétní osobě a situaci. Mezi ně patří i v jiných oblastech psychologické práce oblíbené přerámování, využití metafor, sumarizace, brainstorming, synektika, různé projektivní techniky, matice změny, kaizen, debriefing apod. I zde však platí, že technika by měla na základě koučova kvalifikovaného výběru vždy přispívat ke zvýšení pravděpodobnosti úspěchu v řešení konkrétní situace.

### 1.5.3 SMARTER

Definování cíle je zásadní pro jeho vizualizaci, která pak usnadňuje realizaci. Další důležitý akronym v oboru vyjadřuje specifika, která má z hlediska koučinku správně vymezený cíl mít (podle nepublikovaných výcvikových materiálů ve shodě se zásadní literaturou a obecným profesním povědomím):

- **S** (specific) - specifický, dobře vymezený, hodně konkrétní
- **M** (measurable) - měřitelný, abychom se mohli ptát, „*jak moc, kolik, o kolik více / méně, nakolik...*”
- **A** (attainable) - dosažitelný, ležící v rukou klienta a nikoho jiného
- **R** (realistic)- realistický z klientova pohledu, což však testujeme speciálními otázkami
- **T** (time-bound) - časově vymezený („*do kdy, za jak dlouho...*”)
- **E** (energizing) - „energizující”, motivující, jehož naplnění má pro klienta pozitivní náboj
- **R** (recorded) - zaznamenaný (v koučinkovém kontraktu, viz dále).

#### 1.5.4 ZVYŠOVÁNÍ UVĚDOMĚNÍ

Mezi důležité aspekty koučování řadíme také „trénink zvědomování“, rozvoj schopnosti reflektovat dění v sobě samém i okolo související s cíleným zvýšením všímavosti (mindfulness). Jeho důsledkem je nárůst kapacity k prožitku a jeho prohloubení, lepší poznání vlastní osoby a reakcí. Kouč má být schopen tento proces podpořit na základě silného nástroje, jímž jsou koučovací otázky. Klientovi poskytují možnost zastavit se a vytěžit maximum z analýzy svých činností i po jejich skončení, skutečně se na jejich základě učit a rozvíjet tak potenciál, kterým disponuje.

Podle Whitmorea je důležité, aby otázka v koučování sledovala několik základních cílů - zlepšit vnímání reality, posílit odpovědnost, koncentrovat pozornost a porozumět situaci. Proto je však třeba klást takové otázky, které jsou **precizní, efektivní, jasně formulované a aktualizované**. To znamená, že v další fázi je nezbytné pozorně naslouchat odpovědi klienta, která nám napoví, kam další dotazování směřovat. Je výhodné používat **otázky otevřené** namísto zavřených, protože jejich prostřednictvím dáváme klientovi možnost deskriptivní odpovědi, nad kterou je třeba se nejprve zamyslet. Nejeefektivněji fungují **otázky uvozující snahu o kvantifikaci nebo získání faktů**, tzn. takové, které začínají částicemi *jak, kdy, kdo, (o) kolik, jak moc* atd., namísto *proč*, které implikuje kritiku a v reakci na něj jsme zvyklí se bránit, vysvětlovat. Whitmore říká, že *proč* vyvolává analytickou úroveň myšlení, která může být ve chvíli, kdy usilujeme o deskripci reality, kontraproduktivní. Jako lepší řešení situace, kdy nás zajímá *proč*, navrhuje otázku *jaké důvody, jaké faktory vedou k tomu, že ...*. Takto se dostáváme k přesnějším sdělením obsahujícím jednotlivé kroky a faktické informace (Whitmore, 2009).

Častým nástrojem, který v koučinku využíváme, jsou **otázky škálovací**, které vycházejí z uplatnění škál v kognitivně behaviorální terapii. Jejich prostřednictvím dokážeme kvantifikovat i v oblastech, kde bychom charakteristiku měřitelnosti původně nehledali - například v ohledu životní spokojenosti, pocíťované chuti do akce, energie nebo odhadu realističnosti. Ptáme se pak například: „*Na škále od 1 do 10, kde 1 znamená nejméně a 10 nejvíce, jak moc kompetentní se nyní cítíte k ...?*“. Na základě obdržené odpovědi můžeme dále rozvíjet probírané téma - např.

odpoví-li nám klient, že se považuje za kompetentního asi tak „na sedm z deseti“, můžeme se dále ptát, „Co potřebuje k tomu, aby ...“ nebo „Co by se muselo stát pro to, aby ....“, aby se cítil „na devět“. Pak můžeme pokračovat: „Na jaké hodnotě chcete být, až se uvidíme příště? Jak moc je to realistické? Co můžete pro zlepšení ze sedmi na osm udělat ještě dnes?“ a podobně. Často tak společně odhalujeme klientovi doposud skryté odpovědi, které v něm zrály. V tom spatřuji hlavní přínos koučování - ukazovat lidem, že odpovědi již mají v sobě, jen se je potřebují naučit hledat.

K tématu zvyšování sebereflexe a uvědomění uvádí Fajmonová:

*... již Sokrates využíval metodu kladení otázek kterými dováděl partnera v diskusi k tomu, aby kriticky zhodnotil svá tvrzení a nahlédl na pravdu vlastním myšlenkovým úsilím. Otázky v koučování mají podobný efekt. Otázka představuje nově otevřený tvar a naše mysl je zvyklá ve většině případů na otázky hledat odpovědi. Součástí zvyšování reflexe je učení se aktivnímu kladení otázek sobě samému. (...) otázky nám rozšiřují spektrum informací, které máme k dispozici, ale především prohlubují chápání vztahů, souvislostí a vhledu (2004, s. 49).*

### 1.5.5 KOUČINKOVÝ KONTRAKT

Dokument, s nímž v rámci nultého a dalších sezení pracujeme, má svůj základ v terapeutickém kontraktu, avšak je detailnější ve specifikaci cíle podle metodiky SMARTER. Nejedná se o právní dokument, jako spíše o dohodu mezi klientem a koučem o tom, s jakým cílem, jakým způsobem, za jakých podmínek a na jakém základě bude jejich vzájemná spolupráce probíhat.

Většinou obsahuje formální část, která se týká zejména zmíněných pravidel spolupráce, jako je místo a frekvence setkávání, délka sezení, podmínky rušení dohodnutých schůzek i celého kontraktu, otázka pořizování zápisů ze sezení a v neposlední řadě také finanční ujednání aj. Obsahová část se pak týká tématu koučování, v jeho rámci jednoho či několika vytyčených cílů a často také

„záchytných bodů“ - dílčích cílů, které si klient předem nastaví a podle jejichž průběžného dosahování pozná relevantnost svého směřování vzhledem k cíli.

## 1.6 DALŠÍ PŘÍSTUPY

Vzhledem ke zmiňovanému zmatení v otázce, co konkrétně se skrývá pod pojmem koučování, je snad užitečné také vyjasnit, v čem se tato metoda liší od ostatních způsobů práce s lidmi. Obvykle se vymezuje zejména oproti:

- mentoringu
- poradenství
- psychoterapii

### a) **Mentoring**

Výraz užitý často v pracovním kontextu označuje vztah a aktivitu, která většinou probíhá na úrovni spolupráce juniorního pracovníka se seniornějším, který zaujímá obdobnou pozici a přispívá svým vedením k prohloubení znalostí, dovedností a celkovému rozvoji méně zkušeného kolegy. Radí mu, směřuje jej, předává informace. Jestliže ideálně v koučování hovoří kouč po 30 % času a klient celých 70%, pak v mentoringu tomu bývá zhruba naopak, mentor je hlavním aktérem konverzace.

V mimopracovní oblasti si představme podobný vztah například v programech americké organizace Alcoholics Anonymous, kde je každému klientovi přidělen zkušený partner, který již odvykáním alkoholové závislosti prošel nebo je v programu dvanácti konsektivních kroků dále než jeho svěřenec.

### b) **Poradenství**

Ze své podstaty kouč neuděluje rady, nenavrhuje postupy atd. a zejména tím se odlišuje od profesního zaměření **poradce, konzultanta**. Přitom témata, s nimiž se oba odborníci setkávají, mohou být podobná (zejména v případě kariérového či osobního koučinku / poradenství). Poradenství v oblasti změn životního stylu (kam zahrnujeme i odvykání kouření) často provádí lékař, nutriční terapeut, trenér a další odborníci, jejich hlavní náplní práce však je předávat generické informace relevantní danému tématu a ne hledání jedinečného řešení na základě potenciálu klienta. V poradenství se má za to, že nejlepší řešení již byla vymyšlena a hledání dalších možností by bylo neefektivní.



### c) Psychoterapie

Už méně snadné se zdá v praxi vymezení **rozdílu mezi koučováním a psychoterapií**. Ač se říká, že kouč se ve své práci zaměřuje více na řešení a terapeut na problém, není to docela přesné, vždyť zaměření na řešení z psychoterapie pochází. Někdy není dost dobře možné oba způsoby práce oddělit, pokud při pohledu zvnějšku nevíme, jaký je kontrakt. S nejistotou ohledně toho, kde končí jeden a začíná druhý způsob práce, se setkáváme i v dílech některých našich i zahraničních autorů. Koučink vnímám jako velmi blízký zejména kognitivně behaviorální a ve specifické podobě i systemické terapii, na jejichž základech také ve své psychologické podobě vyrůstal.

Obecně se uvádí, že zásadní rozdíl leží v **kontextu**, v němž klient přichází. Riziko stigmatizace rolí „pacienta, který potřebuje psychoterapii“ je v koučinku zcela eliminováno a na jejím místě vyvstává naopak představa úspěšného člověka, který má zájem o svůj osobní rozvoj. Jenže tento argument již dnes, s rozvojem life coachingu a poté, co terapie překonala brány psychiatrických léčeben, také zcela neplatí, nicméně být koučován stále souvisí s jakýmsi společenským uznáním - snad i proto, že obecné povědomí o vyšší ceně služby může nepřímo vyvolávat dojem klientova vysokého ekonomického statusu.

Psychoterapie je často vnímána jako pomoc subnormnímu „pacientovi bez náhledu“ do „normy“, odkud pak koučink vede náhledu schopného klienta na vzestupu do excelence, tento argument je však uspokojivý spíše u psychiatrické populace. Rozdíl můžeme spatřovat také v délkách trvání koučovacího a terapeutického procesu, ten se však v případě krátkodobých terapií a dlouhodobějšího life coachingu značně minimalizuje (Kratochvíl, 1997). Obecně se tvrdí i to, že u klienta koučování je nutnou podmínkou jistá míra vstupní motivace, bez té by si však ani mnoho terapeutických směrů nevědělo rady.

Podle Fajmonové můžeme odlišit psychologické koučování od psychoterapie na základě tří kritérií, přičemž za klíčový považují především poslední uvedený bod:

- *koučování, které je formou seberozvoje, je proaktivní, zatímco psychoterapie je reaktivní a vychází z podnětu strádání*
- *koučování je určeno především pro zdravou populaci, psychoterapie a poradenství i pro klinickou populaci*
- *zakázka v psychoterapii je často komplexnějšího charakteru než v koučování, které se často snaží určit jednu konkrétní oblast vhodnou pro rozvoj (2004, s. 44).*

Další rámec uvažování nad touto otázkou nám poskytuje stručné ústní vyjádření amerického kouče Roberta Kriegela, autora populární knihy *Sacred Cows Make the Best Burgers* a přednášejícího z Mezinárodního setkání koučů v Praze 2011. „*Terapie směřuje do hloubky, zatímco koučování do šířky*”.

## **1.7 PŘÍNOSY KOUČOVÁNÍ**

Hlavním důvodem, pro který se lidé nechávají koučovat, bývá snaha o nalezení řešení, dosažení některého cíle. Podle sira Whitmorea koučink klientovi nepřináší pouze vyšší výkonnost, která bývá často původním cílem kontraktu, ale také řadu pozitivních „vedlejších účinků”. Mezi nimi se zmiňuje celkové zvýšení kvality života prostřednictvím rozvinuté schopnosti hlubšího prožívání, tvůrčí myšlení, přičemž jedna kreativní myšlenka má schopnost vyvolat celou plejádu dalších, větší flexibilitu i adaptabilitu vůči změnám, vnitřní motivovanost (Whitmore, 2009). Doplňme, že také často získáme převzetím zodpovědnosti kontrolu, schopnost jemněji diferencovat, vychutnávat okamžik a rádi opustíme navyklé automatismy ve prospěch nových jedinečných, intenzivnějších prožitků.

## **1.8 EFEKTIVITA KOUČOVÁNÍ**

Koučování nás obecně zajímá a bývá vyhledáváno jako metoda práce pro svůj kreativní potenciál a další výše zmíněná pozitiva, zejména však pro svou avizovanou vysokou efektivitu. Především v pracovním kontextu proběhlo mnoho studií, často zadávaných ICF nebo jinými profesními sdruženími koučů, která pak jejich motivující nálezy ráda prezentují v rámci propagace koučinku.

Olivero přinesl již v roce 1997 zajímavé výsledky ve studii dopadu koučinku na 31 manažerů, kterým byl nabídnut v první fázi velmi pozitivně hodnocený workshop, který zahrnoval řadu interaktivních aktivit a cvičení zaměřených na zlepšení v konkrétních složkách jejich pracovní role. Ve druhé fázi byli všichni manažeři zapsáni do osmitýdenního individuálního koučinkového programu, který zahrnoval stanovení cíle, cestu k jeho naplnění, nácviky, zpětnou vazbu, supervizi, závěrečné hodnocení a veřejnou prezentaci výsledků. S kouči se klienti setkávali jedenkrát týdně na šedesátiminutové sezení. Ukázalo se, že zatímco intenzivní workshop zvýšil výkonnost manažerů o 22%, přidání koučinku po jeho skončení pozvedlo celkovou produktivitu o celých 88% (Olivero, Bane & Kopelman, 1997).

Pro dříve popsané panující zmatení pojmů v ohledu toho, co vlastně koučování je a co se za ně z různých důvodů (zejména snad proto, že se jedná o moderní a populární rozvojovou metodu, na jejíž vlně je lákavé se svézt) pouze vydává, však není snadné objektivně zhodnotit skutečnou efektivitu metody bez hlubší analýzy toho, co přesně ve kterém výzkumu zahrnovala, jak byl kouč kvalifikován, jak postupoval, jak dlouhý program byl nabídnut, jaká témata se řešila, z jakého teoretického základu koučink vycházel a mnoha dalších otázek. Musíme si také uvědomit, že jednu z hlavních rolí, měříme-li efektivitu procesu, hrají faktory na straně osoby kouče a vzájemného vztahu mezi ním a klientem, což by od každé takové studie vyžadovalo ideálně také ošetření této proměnné.

K předpokládané vysoké efektivitě jistě přispívá, že do procesu koučování vstupuje (přínejmenším zvnějšku) motivovaný klient, který má zájem na tématu pracovat. Navíc cena koučinku není zanedbatelná a je otázkou, co by vedlo nemotivovaného klienta - samoplátce k tomu, jej hradit. Otázka financí se zdá být ve „slušné společnosti“ dnešní komunity koučů (podobně jako soukromých psychoterapeutů) nadále tabuizována, přičemž není zvykem měřit motivaci na koruny, nicméně se ukazuje nevhodným brát tento aspekt na lehkou váhu, protože je docela dobře možné, že hraje jednu z ústředních rolí v klientově vnímání potenciálu dané metody skutečně účinkovat. K otázce finančních aspektů koučinku se dostaneme podrobněji v diskusi.

Každoročně bývá nejen na českých katedrách psychologie, ale i na oborech ekonomie, řízení, podnikání a mnoho dalších obhájeno několik diplomových prací, zabývajících se tématem koučinku zejména z pohledu jeho účinnosti. Tato práce není zaměřena na hodnocení efektivity metody psychologického koučování, vychází z teoretického i empirického předpokladu, že metoda koučinku efektivní je.

## **1.9 KOUČOVÁNÍ TÉMATU ZÁVISLOSTÍ**

Jak bylo uvedeno již v úvodu, odvykání kouření a závislosti obecně nejsou běžným tématem, které plní čekárny koučovacích praxí v České republice, a můžeme-li usuzovat z četných diskusí na profesionálních portálech jakým je například Linked-In, ani v zahraničí, nicméně vše je jen otázkou zarámování, kontextu. Setkáváme-li se poměrně často s klientem, který přichází s požadavkem vedení změny životního stylu (hubnutí, zlepšení kondice, atd.), jsme jen krok vzdáleni tématu odvykání kouření. Tak jsem je i pojímala v empirické části své práce. Jako vždy cíl naší spolupráce s klientem i v této oblasti vychází ze vzájemně dohodnutého kontraktu, o jehož naplnění společně usilujeme v průběhu celého procesu. Koučování vnímám jako výtečnou podpůrnou metodu u změn životního stylu zejména pro ty klienty, kteří přicházejí rozhodnutí a s alespoň základní úrovní motivace, kteří cítí svůj „locus of control“ uvnitř sebe. I u ostatních skupin klientů je prospěšné, nicméně nedá se vyloučit, že pro některé z nich může být přínosnějším direktivnější přístup vykazující větší míru vnější kontroly.

Metodou práce, podle některých škol (např. ericksonovské, v Čechách známé díky Marilyn Atkinsonové, lektorce Erickson College International) příbuznou koučinku, která otevřeně tvrdí, že umí pracovat s tímto tématem, je neurolingvistické programování (NLP), které využívá vybraných základních psychologických a neurologických poznatků. Jistě i z toho důvodu, stejně jako pro chybějící komplexní teorii i nedostatek průkazných seriózních zpráv o efektivitě techniky nebylo doposud vědeckou komunitou uznáno jako spolehlivá intervenční metoda. O jiných užívaných, uznávaných i alternativních metodách farmakologické i psychoterapeutické intervence při odvykání kouření pojednává kapitola 2.6.

## **2 KOUŘENÍ**

Užívání nikotinu a to zejména formou kouření cigaret je celospolečenským problémem, který v rozvojových zemích zasahuje až polovinu populace a v zemích rozvinutých téměř kolem jedné třetiny obyvatel - hovoříme-li o kouření aktivním. Pasivní kouření se nadto týká doslova celé společnosti, protože jen menšina obyvatel se mu dokáže efektivně bránit.

Podle nejnovějšího průzkumu Evropské komise z letošního roku například **ve věku 15-24 let kouří v České republice 23,8% populace, přičemž jde o asi 16% žen a téměř dvojnásobné procento mužů**. Přitom se v případě nikotinismu jedná o nejvýznamněji ovlivnitelnou příčinu smrti ve světě a hlavní rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, chronické bronchitidy, rozedmy plic, několika typů karcinomu a dalších závažných nemocí. Za kuřáka je obvykle v přehledech považována osoba, která kouří denně nebo příležitostně po dobu alespoň 1 měsíce, častěji 1 roku (European Commission, 2012).

Nejznámější česká specialista v oboru, MUDr. Eva Králíková v článku věnujícímu se farmakoterapii závislosti na tabáku uvádí:

*Kouření bylo dlouhá léta považováno za zlovyk, způsob chování, ale nikoli za závislost, či dokonce nemoc. Prvním krokem k účinné léčbě bylo poznání vysoké návykovosti nikotinu. Podstatným milníkem se pak stalo vydání 10. verze ‚Mezinárodní klasifikace nemocí WHO‘ v roce 1992, kde je závislost na tabáku poprvé uznána jako samostatná nemoc – F17 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (2011).*

**Syndrom závislosti na tabáku je nejčastější diagnózou v České republice.** Týká se přibližně **2 500 000 osob** a je příčinou téměř jedné pětiny všech úmrtí. Jedná se o chronické, recidivující a letální onemocnění. Nejrozšířenější formou je kouření cigaret. Jen u nás na nemoci způsobené kouřením ročně umírá 18 000 lidí,

tzn. 50 lidí každý den. Jsou to zejména nádorová onemocnění (8000 úmrtí ročně), kardiovaskulární (7000), respirační (2000) a několik dalších onemocnění (souhrnně 1000). **Abstinence** se definuje jako doba nejméně šesti, lépe však dvanácti měsíců od poslední cigarety, nicméně ke kouření se uživatel může kdykoliv vrátit, je proto k léčbě závislosti na tabáku přistupovat jako k léčbě chronického onemocnění (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010).

Názor, že se jedná o onemocnění, podporuje zjištění, že asi 70% stávajících kuřáků by údajně rádo přestalo kouřit, kdyby cítili, že mají možnost volby (Evropská komise, 2010; CDC, 2012).

## 2.1 VÝSKYT

Tabák (a potažmo i závislost na něm) má v naší společnosti nadále mezi ostatními drogami poměrně výsadní, téměř až prestižní, postavení. Jednak je, společně s alkoholem, řazen mezi látky legální, tudíž takové, které jsou v zásadě neomezeně a téměř komukoliv dostupné. To s sebou nese zvýšené riziko hromadného zneužívání, o němž rozhodně můžeme mluvit - při naší prevalenci **36% populace**, zahrneme-li i děti a mladistvé (tj. ty, jimž by ze zákona měl být přístup k tabákovým výrobkům znemožněn), kteří bývají běžně v datových souborech vynecháváni (Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků, 2012).

To nás přivádí k dalšímu specifiku tabákové závislosti, a totiž, že až 90% kuřáků se začíná látku užívat před dovršením 18. roku věku a, jakkoliv děsivě to zní, že **průměrným věkem první cigarety je 10 let**, což znamená snížení o 15 let oproti roku 1950 (Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků, 2012). Podle Světové zdravotnické organizace WHO začíná každý den kouřit mezi 80 a 100 000 dětí (Martin, 2002) a jen u nás v současné době kouří asi čtvrt milionu mladistvých do 18 let. Ačkoliv většinou děti začínají kouřit se svými vrstevníky, dostávají prvotní impuls nejčastěji již v domácím prostředí - **pokud oba rodiče dítěte kouří, je pravděpodobnost, že se samo stane kuřákem, čtyřikrát vyšší než u dětí rodičů - nekuřáků** (Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků, 2012).

Ukazuje se také, že až **polovina kuřáků, kteří začali v dětském věku, kouří dalších 15-20 let**. Při uvážení informace, že tabákový kouř obsahuje kolem 4000 různých druhů chemikálií, často toxických a/nebo karcinogenních, a z toho vyplývajícího faktu, že až polovina dlouhodobých kuřáků ve světě (tj. asi 5 milionů ročně) umírá na následky kouření (Martin, 2002), se v případě dětského kouření jedná o velice nebezpečný a společensky rozhodně nežádoucí fenomén, který si žádá urgentní zaměření naší pozornosti.

Jedná se tedy o drogu, jejíž zákeřnost spočívá v masové rozšířenosti, obecné dostupnosti a společenské tolerovanosti. Tím je dále způsobováno mimo jiné to, že je



přístup k ní poměrně snadno otevřen i dětem a mladistvým, kteří pro svou nevyzrálou, větší vulnerabilitu a hlubší fixaci v důsledku tvoří další generaci závislých na tabáku. A spirála dependence se roztáčí... Přes (jakkoliv polovičaté) další a další snahy státní protidrogové politiky, přes zdravotnickou a osvětovou iniciativu a preventivní programy jsou kouření a s ním spojená závislost nadále závažným problémem.

Uvažujeme-li o možnostech prevence, napadá nás nejčastěji ta primární, tj. taková, která se v našem kontextu věnuje dětem, u nichž existuje předpoklad, že zatím kouřit nezačaly (Nešpor, 2000). Jak uvádí Iversen, odhalení prvních důkazů mezi kouřením a rozvojem rakoviny plic trvalo déle než 40 let, protože pro složitost jejich vztahu bylo náročné detekovat příčinnou souvislost. Nyní se ukazuje například, že riziko rakoviny plic roste mnohem rychleji s celkovou dobou kouření než s počtem denně kouřených cigaret. Zvýšíme-li denní spotřebu tabáku na trojnásobek, pravděpodobnost vzniku plicního karcinomu vzroste také třikrát. Avšak po třiceti letech kouření není jeho riziko dvakrát větší než po patnácti letech, jak bychom se mohli domnívat, avšak roste na dvacetinásobek a dokonce na stonásobek po dalších patnácti letech. V souladu s těmito nálezy vyznívá informace, že nebezpečí rozvoje tohoto typu rakoviny je relativně nízké, přestaneme-li kouřit před dosažením čtyřiceti let věku. Dokonce i v období padesáti až šedesáti let přináší rozhodnutí skončit výrazné snížení pravděpodobnosti nádorového onemocnění. Z toho je zřejmé, že je užitečné věnovat se nejen prevenci u dětí a mladistvých, ale také prevenci sekundární (a terciární) u osob ve středním věku (Iversen, 2006).

### 2.1.1 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI

Zdá se to úžasně prosté - když se nám podaří ochránit všechny děti a mladistvé do 18 let před tím, aby začali kouřit, nebude pak tedy, až vyrostou, kouřit až 90% těch dospělých, kteří by se jinak stali kuřáky. Kéž by to opravdu bylo tak snadné. Jenže děti i přes preventivní programy, odstrašující příklady, zákazy a tresty a veškerou snahu rodičů začínají kouřit dál a, i když snad ne ve větším procentu, přesto alespoň ve stále nižším věku. Proč a jak ale děti, a to často i takové, které nežádoucí chování u svých rodičů dříve odsuzovaly, začínají kouřit?

Když pomíneme doposud nejistý vliv „kuřáckého genu“, je třeba zaměřit pozornost zejména na vlivy sociální, které děti čím dál tím nižšího věku vhánějí do náruče budoucí nikotinové závislosti. Jak vyplynulo z rozhovorů s chicagskými 12-16letými žáky, sledovanými po 2 roky týmem Hu, Griesler, Schaffran a Kandel, **nejvýznamnějším souvisejícím faktorem dětského kouření bylo aktivní kuřáctví jejich rodičů, nikoliv vrstevníků** (2011).

V jiném výzkumu (Milton, Cook, Dugdill, Porcellato, Springett & Woods, 2004) byly zjišťovány prostřednictvím dotazníkového šetření u souboru 270 9-11 letých žáků z Liverpoolu jejich zkušenosti s kouřením. Podle výpovědí dětí i jejich rodičů do věku 11 let zkoušelo alespoň jednou kouřit 27% dětí, 12% tak činilo opakovaně a 3% pravidelně. Mezi hlavními rizikovými faktory autoři uvádějí mužské pohlaví, kuřáctví nejlepšího kamaráda, bratra a otce v tomto pořadí. Také byla **potvrzena souvislost mezi kuřáctvím těchto dětí a nízkým socioekonomickým statusem rodiny, kuřáctvím matky a bydlení v odlehlých lokalitách.**

K podobným závěrům dochází tým Žaloudíkové, Hrubé a Samary (2012) v českém prostředí, kde se sociální normy nastavené v rodinách a vrstevnických skupinách také jeví jako nejvýznamnější z faktorů dětského kouření. Tvrdí, že **domácnosti, kde je užívání tabáku jasně odmítáno, usnadňují dětem internalizaci normy nekouření i do budoucnosti.** Ve svém výzkumu provedeném u dětí v páté třídě základní školy, zařazených do programu „Nekouřit je normální“, autorky zjišťovaly na bázi rozhovorů ukazatele sociálního prostředí dětí (tzn. vzdělání rodičů, socioekonomická situace apod.). Zohledněna byla také data k tématu vystavení dětí pasivnímu kouření rodičů doma a v rodiném autě. V další fázi bylo 766 jedenáctiletých dětí dotazováno, jak moc se s nimi doma probírá kouření, jaké na ně mají rodiče názory, jaké zkušenosti s ním děti učinily a také, jak jsou rozhodnuty se ke kouření postavit do budoucna. Ze zajímavých nálezů vyplývá, že **úroveň vzdělání rodičů prokazatelně negativně korelovala s tím, jak moc bylo dítě vystaveno pasivnímu kouření.** Z celé skupiny 67% dětí doposud nemělo zkušenost s kouřením, zatímco 15% již kouřilo opakovaně - na tuto položku se ale neprokázal

signifikantní vliv úrovně vzdělání rodičů. **Děti, které však nežily s oběma biologickými rodiči, častěji uváděly kuřácké pokusy a zároveň byly méně často rozhodnuté v budoucnu nekouřit.**

Ve starším výzkumu Hrubé a Žaloudíkové (2008) se vyjevilo, že více než tři čtvrtiny všech dětí zařazených v preventivním programu byly vystaveny tabákovému kouři ze strany člena širší rodiny - a čím více kuřáků v rodinném okruhu bylo, tím častěji byly děti (tentokrát žáci prvních tří tříd základní školy) v kontaktu s kuřáckým náčiním, aktivitami a některé dokonce kupovaly nebo i zapalovaly příbuzným cigarety. Výsledkem studie bylo zjištění, že **děti z kuřáckých rodin jsou více rezistentní vůči snahám školy o protikuřácké programy**, jejichž efekt je tímto faktem značně redukován.

Významností vlivu pouhé matky na kuřáctví potomka se zabývali mimo jiné Lieb, Schreier, Pfister a Wittchen (2003). Na základě čtyřletého pozorování skupiny čítající 938 14-17 letých respondentů studie týkající se raných projevů poruch osobnosti potvrdili, že **děti matek-kuřáček jsou více náchylné k budoucí závislosti na tabáku**. Mimořádné riziko navíc vyvstalo, pokud matky kouřily v průběhu těhotenství.

Desetileté monitorování 6000 dětí ze škol v hrabství Derbyshire v Anglii odhalilo, že 70% z nich zkoušelo kouřit a celých 40% se považovalo již během školní docházky za pravidelné kuřáky. Zvýšené riziko nastalo, pokud děti v roce mezi 11,7 a 12,7 lety měly bratra-kuřáka, přátele opačného pohlaví, pokud se příliš nezajímaly o své zdraví a snadno podléhaly vrstevnickému tlaku (Swan, Creeser & Murray, 1990). Zejména nález týkající se faktoru výskytu přátel a partnerů opačného pohlaví nám může usnadnit pochopení, proč na této věkové úrovni kouří v posledních letech zejména v Evropě a v Severní Americe již téměř stejné procento dívek i chlapců (zatímco u dospělých je poměr 1,6:1 respektive 1,8:1, u adolescentů je to v obou případech 1,2:1, WHO, 2003).

O tom, jakým způsobem mládež cigarety získává, nás informují například Thakur, Rosenthal, Latta, Robinson a Diamond (2003), kteří zjistili analýzou

kuřáckého chování pennsylvánských žáků šesté až dvanácté třídy, že **k největšímu nárůstu prevalence kouření dochází mezi šestou a devátou třídou** a že **nejběžnějším zdrojem kuřiva jsou kamarádi**, pouze u nejstarších žáků je nejfrekventovanější možností nákup cigaret v obchodě. Protože se i v této poslední kategorii jedná o mladistvé, je zřejmé, že doposud neexistuje spolehlivá síla, která by prodeji cigaret osobám mladším 18 let mohla zamezit, přestože by se jistě jednalo o jednu z velmi spolehlivých cest prevence.

**Jaké cigarety děti kouří a jaký má jejich volba vliv na stupeň fyzické závislosti na nikotinu, která se pomalu utváří?** Ve studii z roku 2007 autorky Wackowski a Delnevo u vzorku 1345 žáků 9.-12. třídy (tj. ve věku asi od 14 do 17 let), pravidelných kuřáků (definovaných zde jako těch, kteří kouřili v posledních 30 dnech a zároveň alespoň 100 cigaret za celý život) zjistily, že **46% z nich sahá po mentolových cigaretách jako možnosti první volby**. Všem mladistvým kuřákům byl ve školách administrován National Youth Tobacco Survey (NYTS), kde autorky zajímaly především 4 dimenze závislosti - jak dlouho vydrží nekouřit, do jaké míry pocítují bažení, nekouří-li několik hodin, jak moc jsou za takových okolností neklidní a za jak schopné přestat kouřit, kdyby chtěli, se považují. Byl jim zadán rovněž FTND (Fagerströmův test nikotinové závislosti), který je popsán v kapitole 2.3.4 - Diagnostika závislosti na tabáku.

Ukázalo se, že **dětsí kuřáci mentolových cigaret skórovali jako 1,6-2,6x více fyzicky závislí než ostatní**. Tato studie dokládá, že „mentolky“, oblíbené mezi adolescenty i u nás (empirické zjištění), skutečně mohou vyvolávat vyšší stupeň závislosti. I proto se v USA v roce 2011 rozpoutal boj o jejich naprosté stažení z prodeje, který však doposud neskončil s jasným výsledkem (Young, 2011 a vlastní zkušenost autorky z přelomu roku 2012 a 2013).

Byly provedeny také studie mapující souvislosti mezi kouřením a životním stylem dětí. Hrubá, Žaloudíková a Matějová se zaměřily na **žáky základních škol do 10 let věku** z hlediska kuřáctví a jídelních návyků. Z celkem 1082 dětí již čtvrtina zkoušela kouřit a 7% tak činilo pravidelně. Přitom **polovina z nich dostala svou první cigaretu doma**, tzn. od rodičů, prarodičů nebo sourozenců, a mnoho z těchto

mladých kuřáků mělo k cigaretám nekontrolovaný a neomezený přístup. Další **třetina těchto dětí dostala první cigaretu od kamarádů** a 4% si ji dokonce sama koupila. **Děti - kuřáci častěji konzumovaly alkoholické nápoje** než děti - nekuřáci (81% versus 32%), jedly větší množství slaných pochutin (brambůrky, oříšky, krekry) a nezdravého jídla a rychlého občerstvení obecně (2010).

Kouření cigaret má u části společnosti obecně a zejména u mládeže často auru smyslnosti a zvýšené fyzické atraktivity, což je (i přes již omezený výskyt kouření v novějších filmech) značně podporováno médii. Proto další oblastí, v níž si můžeme u mladých lidí povšimnout spojitosti, je kouření a riskantní sexuální chování. Na symbolické úrovni můžeme evidovat mnohé podobnosti, jako je zapálení cigarety druhou osobou a fyzické sblížení s ní, pomalé vyfukování kouře jako výraz erotického nastavení apod. Právě u mládeže, již je charakteristickou probouzející se sexualita, může být toto spojení velmi silné. Navíc anorektický účinek nikotinu přispívá k žádoucí vyhublosti zejména u dívek - kuřáček, čímž se některé - přinejmenším ve vlastních očích - stávají sexuálně přitažlivějšími (Lowenstein, 2007).

Sussmanova metaanalýza, shrnující závěry z 29 výzkumů zaměřených právě na současný výskyt kouření a projevů rizikového sexuálního chování (tj. nechráněné styky, časté střídání partnerů apod.) naznačuje, že by obě aktivity mohly mít společný impulsivně-kompulsivní základ. Významným rizikem, spojeným se současným výskytem obou druhů chování, je zvýšená pravděpodobnost utrpení emočního a fyzického strádání v nízkém věku - mladí rizikově - sexuálně aktivní kuřáci častěji vypovídají nižší vnímanou kvalitu života, sebevědomí a větší stupeň odcizení a depresivity než ti, kteří vykazují pouze jeden z daných vzorců chování. Zatím není zcela jasné, jakým směrem vede kauzalita - zda kouření ve spojení s výskytem sexuálních aktivit ovlivňuje sebepojetí a emoce dítěte, nebo zda se naopak jedná spíše o různé prostředky manifestace existujících, avšak v jiných ohledech skrytých příčin, jako je například obecná „problémovost“ dítěte (Sussman, 2005).

## 2.2 DIAGNÓZA F17.2

Příčin kouření je, jak jsme viděli, celá řada a bylo by velmi zjednodušující a dokonce nepřesné tvrdit, že se jedná o pouhý společensky nežádoucí zlovyk, k jehož kýženému odstranění „přece stačí trocha silné vůle“. Z pohledu odborníka je nezbytné tento fenomén vnímat komplexněji - a nezavírat oči před pohledem klinicko psychologickým - medicínským, totiž že nikotinismus je diagnostikován z hlediska psychiatrie - adiktologie jako typ dependence - dle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO jako **diagnóza F17.2 - Syndrom závislosti na tabáku** - ten zahrnuje především silnou touhu - bažení - po látce, potíže se sebeovládáním při jejím nedostatku, výskyt tělesného odvykacího stavu, nástup tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných potěšení a také pokračování v užívání drogy přes její průkaznou škodlivost (WHO, 2008).

Tento úhel pohledu, v našem sociokulturním prostředí doposud stále poněkud nezvyklý, má své opodstatnění a **nespornou výhodou přístupu k závislosti na tabáku jako k nemoci, je předpoklad, že ji lze, více či méně úspěšně, léčit**. Dříve, než zazní argumenty, svědčící ve prospěch tohoto přesvědčení, vyjasněme ty související termíny, které usnadní pochopení paralely mezi závislostí nikotinovou a jinými.

**Návykovou látkou** označujeme dle trestního zákona „... *alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování*“ (Česko, 2009), nicméně v obecné mluvě považujeme návykové látky obecně za psychotropní, tedy takové, které mají **psychotropní účinek**, tzn., že působí na centrální nervový systém, zejména pokud se jedná o změny nálad, vnímání, myšlení, podráždění, útlumu a chování. Psychotropní látka je více či méně škodlivá (jedovatá), protože narušuje normální činnost nervových buněk. Je také v různé míře omamná. **Návyk** vzniká opakovaným užíváním drogy tím rychleji, čím je droga účinnější. Účinnost závisí na tom, jak organismus jedince drogu „vnímá“ a jak je vůči této cizorodé látce vulnerabilní. Na některé substance vzniká závislost obecně

již po několika užitích, u jiných to trvá měsíce či léta (Drogy: Používaná terminologie, n.d.).

Jsme-li ochotni připustit, že se v případě nikotinu jedná o návykovou látku a tudíž, že při jejím zneužívání jde podle definice výše uvedené v indikovaných případech o závislostní chování, souhlasíme tedy, že jde o **nemoc ve smyslu diagnózy syndromu závislosti**. V našem, západním pojetí medicíny věříme, že je opodstatněné klasifikovat nemoci s cílem najít a přiřadit vhodnou cestu intervence. Nejinak je tomu i u závislosti na tabáku, u které se snažíme postihnout zejména dvě její vzájemně velmi provázané složky - závislost fyzickou a psychosociální, někdy také označované jako behaviorální.

## 2.3 PRINCIP FYZICKÉ ZÁVISLOSTI

Po určité době se začíná u kuřáka objevovat **fyzická, drogová nebo také biochemická závislost** na principu zmnožení alfa-4/beta-2 acetylcholinergních receptorů v mozku v reakci na kontakt s návykovou složkou cigarety - nikotinem.

*Snadnost či rychlost, s jakou k tomu dojde, je dána geneticky - stavbou těchto receptorů a dalších vrozených dispozicích. Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky (Krménčík, 2011).*

Jak uvádí ve své publikaci Jak přestat kouřit MUDr. Eva Králíková, sama bývalá náruživá kuřačka, fyzická závislost na nikotinu se většinou vyvíjí během dvou let pravidelného kouření. Nedochází k ní nutně u všech, ale těch, kteří zůstanou příležitostnými, svátečními kuřáky, je nanejvýš 15 % (Králíková & Kozák, 1997). Pro přehled uvedme, jak uživatelsky srozumitelně a přitom správně vznik závislosti popisují autoři informačního webu pro pomoc při odvykání kouření bezcigaret.cz, který spravuje Česká koalice proti tabáku:

*Nikotin se z plic absorbuje do krve a již po 10 sekundách od vdechnutí kouře se dostává do mozku. Tam se naváže na nikotinové receptory (receptory alfa4beta2), což přinese pocit odměny a štěstí nebo pocit požitku (na principu uvolnění dopaminu). Proto kuřáci popisují kouření jako požitek: „cigareta mi chutná“. Pravidelným užíváním nikotinu dojde v mozku ke zmnožení receptorů alfa4beta2 pro tuto chemickou látku, což vede ke vzniku závislosti. Pokud si tedy kuřák nezapálí, nedochází ke stimulaci receptorů nikotinem a dostávají se abstinenční příznaky” (Česká koalice proti tabáku, n.d.).*

I Králíková potvrzuje, že vznik a síla závislosti obecně a tedy i té na nikotinu se odvíjí od rychlosti vstřebávání látky a těsnosti vazby „dávka – účinek”.



Vlivem nikotinu se mohutně vyplavuje dopamin v nucleus accumbens. Navíc se do tabákových výrobků přidávají stovky aditiv (čpavek, nitrosaminy, látky zvyšující syntézu inhibitorů monoaminoxidázy), které adiktivní potenciál cigaret ještě umocňují (Králiková, 2011).

Nikotin kromě dopaminu ovlivňuje i vylučování dalších neurotransmiterů. V následující přehledné tabulce č. 1 je stručně popsáno, na které přenašeče vzruchů má nikotin vliv a jaký účinek jejich prostřednictvím vyvolává:

NEUROTRANSMITER	EFEKT
<b>Dopamin:</b>	potěšení, potlačení chuti k jídlu
<b>Acetylcholin:</b>	vzrušení (nabuzení), stimulace kognitivních funkcí
<b>Serotonin:</b>	změna nálady, potlačení chuti k jídlu
<b>Norepinefrin (noradrenalin):</b>	vzrušení, potlačení chuti k jídlu
<b>Vasopresin (antidiuretin):</b>	zlepšení paměti
<b>Beta-endorfin:</b>	snížení napětí a úzkosti

tabulka č. 1 - vliv nikotinu na přenašeče nervových vzruchů

(University of Minnesota, 2003).

Rozvoj tolerance a zhoubný vliv tabáku na mnoho složek života jeho uživatele shrnuje příspěvek Slezáka, Ryšky a Kosorínové z Lékařské fakulty v Hradci Králové, kteří se kouřením dlouhodobě výzkumně zabývají:

*Nikotin je návykovou látkou se všemi úrovněmi závislosti (tzv. behaviorální typ závislosti se složkou fyziologickou, psychologickou, sociálně kulturní). Vyvíjí se však na něj silná tolerance vyžadující zvýšení dávky nikotinu pro dosažení účinku předchozích nižších dávek, avšak abstinenční příznaky objevující se při odvykání kouření jsou jen mírné. Téměř všeobecné podceňování nebezpečí plynoucího z požívání nikotinu a obecná tolerantnost vůči kuřákům i velice snadná*

*dostupnost tabákových produktů činí z tabáku společenskou drogu, dále negativně modifikující způsob života kuřáků (Slezák et al., n.d.).*

### 2.3.1 MECHANISMUS ÚČINKU

Jedinou návykovou látkou ze čtyř až pěti tisíc detekovaných chemických složek tabákového kouře je nikotin. Jedná se vlastně o **jedovatý alkaloid**, obsažený v listech rostlin rodu *Nicotiana* (0,6 – 6%), který se při zapálení sušeného tabáku uvolňuje v plynném skupenství do kouře a prostřednictvím dýchacích cest proniká dále do organismu. Pro malou velikost svých molekul dokáže proniknout až na úroveň plicních sklípků a odsud do krevního oběhu. V našem právním řádu je vyhláškou č. 344/2003 Sb. zakotveno, že „... obsah nikotinu v cigaretách uváděných do oběhu nesmí být vyšší než 1 mg na cigaretu” (Česko, 2003).

Větší část nikotinu se spálí a další může být zachycena koncem cigarety a cigaretovým filtrem, avšak okolo 30% z původního množství přechází do úst kuřáka. Zajímavé rozdíly jsou pozorovány u kuřáků tabáku, kteří kouř vdechují do plic - „šlukují” - a těch, kteří jej pouze vychutnávají v ústech (nejčastěji kuřáci doutníků). Při kouření do úst se vstřebává pouhých 5 %, při mírné inhalaci až 70 % a při inhalaci se zadržením dechu 95 % z uvedeného množství. Záleží nicméně i na typu spalovaného tabáku:

*Při kouření kyselého tabáku z cigaret a některých dýmkových tabáků se přivádí nikotin ve formě solí, které pokud nejsou dostatečně inhalovány (šlukovány) jsou opět vydechovány. Kouř z cigaret tedy musí kuřák vtáhnout až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Naproti tomu zásaditý kouř (doutníky) obsahuje nikotinové base, které se dobře vstřebávají z dutiny ústní. Kuřáci doutníků proto nemusí inhalovat, aby dosáhli dostatečně vysoké dávky nikotinu (Krménčík, 2011).*

### 2.3.2 INTOXIKACE

I zmíněné množství nikotinu vstupujícího do organismu má mnoho výrazných účinků. Při akutní intoxikaci nastává bledost, studený pot, nutkání na zvracení, závrať, bolest hlavy (Bečková & Višňovský, 1999).

*Po přijetí větší dávky nikotinu začíná proces počáteční nevolnosti s prudkým dýcháním, zvracením a prostrací, následuje třes, křeče nebo záchvaty, smrt nastává v důsledku periferního ochrnutí dýchacího svalstva. Dávka 40-60 mg nikotinu je spolehlivě smrtelná do 10 minut a jejím účinkům nelze zabránit. Kvůli lehké dostupnosti, bývá často prostředkem sebevražd. Jistou roli zde však hraje i poměrně rychle vznikající tolerance, která se může během doby zvýšit o dvojnásobek až trojnásobek. Tato zvýšená tolerance může vymizet při horečnatých onemocněních, při organických poškozeních mozku nebo při těžké anémii (Krmenčík, 2011).*

Naopak mezi objektivně pozorovatelné žádoucí účinky nikotinu patří jeho vliv na zvýšení sekrece beta-endorfinů (viz tabulka č. 1, str. 48), látek podobných morfiu, jejichž vyplavení způsobuje příjemné pocity, zvýšení prahu bolesti, urychlení střevní peristaltiky (Králíková & Kozák, 1997). Další libé pocity pramení z působení nikotinu na receptory neurotransmiterů, například acetylcholinu. Nervové spoje, které jej uvolňují, slouží také ve funkci „aktivátorů mozkových hemisfér” - tedy jsou zodpovědné za myšlení. Proto se setkáváme s výpovědí kuřáků, že při kouření „jim to lépe myslí” (Iversen, 2006). „Nikotin ovlivňuje téměř celý endokrinní systém (...), především zvyšuje uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i beta-endorfinů. To vše ovlivňuje náladu a chování kuřáka, podporuje motivaci k dalšímu kouření a kuřáckému životnímu stylu. Kouření se stává pravidelnou, nutkavou potřebou, nelze je už ovlivnit vůlí” (Králíková & Kozák, 1997, s. 53). Mezi další vyhledávané účinky nikotinu patří jeho domněle uklidňující efekt, který je vysvětlován inhibicí mozkového enzymu cholinacetylasy. Navíc sama aktivita kouření dokáže odvést pozornost, což při duševní práci, stresu nebo vypětí znamená odpočinek.

Nikotin je však také mitotický jed, postihující buněčné jádro a schopný přecházet i skrze placentu na plod a do mateřského mléka. Zvyšuje dráždivost centrálního nervstva a pak je ochrnuje. V menších dávkách zvyšuje sekreci slin, žaludečních šťáv a potu, zesiluje peristaltiku a tonus děložního svalu (Krménčík, 2011). Je to stimulans, aktivuje organismus a bývá mu tak přičítána i schopnost zvyšovat soustředění - nicméně ta bývá také důsledkem principu odstranění běžných abstinčních příznaků - nesoustředěnosti a napětí - způsobených poklesem hladiny nikotinu v organismu kuřáka. Záleží na individuální vnímavosti, stavu mozkových receptorů, ale zejména na dávce nikotinu, kterou si kuřák, často intuitivně, dopřeje - malé množství působí stimulačně, větší dokáže uklidnit.

Cyklus závislosti na nikotinu můžeme popsat na příkladu denního koloběhu kuřáka. Na jakkoliv příjemné pocity, které stojí ze začátku dne za zapálením první cigarety, se začíná postupně rozvíjet tolerance. Další cigaretu si závislý kuřák dopřává, když už pociťuje její nástup. Nikotin se akumuluje v těle a tolerance dále narůstá, zatímco však primární efekt - euforizace - slábne. Po celonoční abstinenci se účinnost efektu nikotinu navrácí do původního stavu (Iversen, 2006). Zde odkrýváme hlavní princip závislosti - postupně je zapotřebí čím dál tím větší počet cigaret a v nich obsaženého nikotinu k tomu, aby byly dočasně zaplašeny hlavní motivy pokračující závislosti - abstinční příznaky.

### 2.3.3 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY

Abstinční příznaky pramení z nedostatku nikotinu v některých centrech mozku z poklesu jeho hladiny v krevním řečišti. Bývá tomu tak především ráno po probuzení, kdy závislý uživatel po dobu několika hodin nekouřil (poločas rozpadu nikotinu je kolem 60-120 minut, proto se abstinční příznaky mohou objevovat už po hodině od poslední dávky, Králíková & Kozák 1997). Jakmile si zapálí kýženou „první ranní“, okamžitě zpevňuje vazbu mezi bažením a satisfakcí a kruh závislosti se uzavírá.

Pokud si ale odvykající kuřák tuto a každou další cigaretu vědomě odepře, začíná vazba postupně slábnout, až se nakonec zcela přeruší. To však může trvat

poměrně dlouhou dobu, snad je něco pravdy na lidovém moudru, že opravdové odvykání kouření je úspěšné po uplynutí alespoň poloviny doby, kterou člověk ze svého života prokouřil. Leccos nám napoví také princip kognitivně behaviorální terapie, který pracuje s možností zafixování naučeného na základě 1500-2500 opakování (ústní sdělení z výcviku KBT).

*Nejčastějšími abstinenčními příznaky kuřáků jsou silná touha po cigaretě (craving), nervozita, neschopnost koncentrace, podrážděnost, frustrace, zlost, pocity úzkosti, depresivní nálada, bolest hlavy, nespavost, zvýšená srdeční frekvence, zácpa. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu a z toho se vychází i při diagnostikování závislosti. (...) Fyzická závislost může později u kuřáků silně závislých hrát stále podstatnější roli, dokonce je popisován i tzv. preabstinenční tabákový syndrom, kdy se kuřák probudí ve 3 či ve 4 hodiny ráno a musí si dát cigaretu, aby mohl dál spát (Krménčík, 2011).*

Fyzické abstinenční příznaky bývají u nikotinu běžně podceňovány. Je to odvrácená strana mince vysoké společenské tolerance, které se kouření neprávem dostává. Vždyť přece, je-li něco legální, obecně přijímané a natolik masově rozšířené jako tabák, nechce se nám věřit, že by se mohlo jednat o závislost ve smyslu drogové dependence a s ní spojených úskalí. Vždyť přece, toxikoman, prožívající to, čemu se lidově říká „absták“, odvykací stav, vypadá docela jinak. Navzdory obecně rozšířené představě o tom, co jsou abstinenční příznaky a koho mají potkat, se s nimi, často ke svému překvapení, setkává v různé míře každý odvykající fyzicky závislý kuřák. Jak uvádějí Bečková a Višňovský,

*„... ačkoliv se o závažnosti tabakismu jako o toxikomanii a často i o existenci tohoto typu pochybovalo, dnes je názor na celou problematiku jiný. Jako abstinenční příznaky po přerušení kouření se uvádí touha po tabáku, malátnost, úzkost, dysforie, podrážděnost, neklid, zhoršení koncentrace, nespavost, zvýšená chuť k jídlu, zesílení*

*kašle. Nic z toho neohrožuje základní životní funkce. Může to ale značně znepríjemnit život bývalého kuřáka” (1999, s. 107).*

Dodejme, že tyto dyskomfortní stavy často dokáží narušit byť i zpočátku silnou motivaci přestat kouřit a značně přispívají k ukončení zamýšlené abstinence. Podle zkušeností MUDr. Králíkové je doba trvání těchto obtíží (k nimž přičítá i zvýšenou chuť k jídlu a s ní spojené nežádoucí přibývání na váze) individuální a není možné ji předem předpovědět, nicméně je jisté, že dříve či později všechny z nich odeznějí. Uvádí se, že nejnáročnější je překonat období prvních tří dnů, dále tři týdnů a tří měsíců. Intenzita potíží spojených s odvykáním přitom pravděpodobně do velké míry souvisí se závažností vlastního rozhodnutí přestat kouřit (Králíková & Kozák, 1997).

#### 2.3.4 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Říká se, že závislý na tabáku je každý kuřák, který má problém přestat kouřit (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010). K hodnocení míry této závislosti nám slouží kromě nástrojů klinických i několik dotazníkových, většina z nich doposud pouze v anglické verzi, nicméně alespoň první dva uvedené jsou k dispozici díky iniciativě MUDr. Králíkové a jejího týmu nyní i v češtině. Pro účely této studie autorka přeložila z angličtiny také inventář WISDM-68, jehož charakteristikám je pozornost věnována v další kapitole.

K orientačnímu posouzení závažnosti nikotinové závislosti spíše než k diagnostice v pravém smyslu slova používáme Fagerströmov test (**FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence**, Fagerström, 1978, viz příloha), šestipoložkový strukturovaný rozhovor / dotazník, který byl v roce 1991 byl revidován (Heatheron, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). V České republice se s ním pracuje až od roku 2004, kdy jej přeložila a v článku Závislost na tabáku a možnosti léčby popsala MUDr. Králíková (2004). Nástroj je možno využít také ve skupině adolescentů, pro niž existuje v upravené verzi (Nonnemaker & Homsí, 2007). Dotazník se zaměřuje na popis převážně vnějšího kuřáckého chování, nikoliv motivů, a stručně se ptá po frekvenci kouření, počtu vykouřených cigaret, výskyt

silné vazby na první ranní cigaretu a další kuřácké eventuality. Nepokrývá však již počet neúspěšných pokusů přestat kouřit či výskyt odvykacích příznaků aj. a jeho obsahová validita je považována za poměrně nízkou. Nicméně je velmi rozšířený a pro jeho vysokou výpovědní hodnotu při snadné administraci a rychlosti zpracování byl využit i v naší studii.

V průběhu zkoumání validity FTND se ukázalo, že dvě ze šesti otázek mají mnohem větší výpovědní hodnotu než zbylé čtyři (*Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?* a *Kolik cigaret denně kouříte?*). Z nich byla sestavena zkrácená verze Fagerströмова testu, která se v zahraničí nazývá **HSI - The Heaviness of Smoking Index** (Borland, Yong, O'Connor, Hyland & Thompson, 2010).

Alternativním měřítkem je desetipoložkový **HONC - The Hooked on Nicotine Checklist**, který u adolescentů ve věku 12-15 let měří stupeň ztráty kontroly nad kouřením. Uvádí se u něj test-retestová reliabilita po jednom týdnu 0,61 a po 14 dnech 0,75 a vysoká vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0,91). Ačkoliv normy jsou vytvořeny na populaci amerických adolescentů, autoři uvádějí možnost jeho využití vzhledem ke skladbě otázek i pro dospělé kuřáky (O'Loughlin et al., 2002; Wellman et al., 2006). Novějším dotazníkem stejného týmu autorů je **AUTOS - The Autonomy Over Smoking Scale**, který se vyskytuje ve dvanáctipoložkové verzi a je vhodný pro využití při pomoci v odvykání kouření, protože zahrnuje nejen znaky fyzické závislosti, ale také psychické a postihuje i situační proměnné. Vyznačuje se vysokou vnitřní konzistencí a test-retestovou validitou. Jeho hlavní výhodou je, že může být využit i pro vedení po případném relapsu (SRNT Europe, 2011).

Nejen klinicky, ale i výzkumně je zaměřen další nástroj, který indikuje fyzickou nikotinovou závislost, **CDI - The Cigarette Dependence Scale**. Existuje v anglickém a také francouzském jazyce ve verzi s pěti, dvanácti a patnácti otázkami. Věnuje se na rozdíl od výše zmíněných dotazníků i odhadu ohledně vlastní závislosti a schopnosti ji ukončit. Bývá hodnocen jako užitečný při výběru vhodných pacientů do programů odvykání kouření (Etter, Houezec & Perneger, 2003).

**NDSS - The Nicotine Dependence Syndrome Scale** je rozsáhlejším, devatenáctipoložkovým dotazníkem, který usiluje o postihnoutí všech známých dimenzí tabákové závislosti - a) *drive*, část, která zjišťuje bažení (craving) a subjektivní posouzení nutkání, b) *priority*, behaviorální preference kouření nad ostatními činnostmi, c) *tolerance*, snížená citlivost na účinky kouření, d) *kontinuita*, pravidelnost kouření a e) *stereotypie*, rigidita vzorců kouření a „tendence kouřit nehledě na okolnosti“. Sečtením jednotlivých skóre získáme souhrnný výsledek pro závislost na tabáku. Tato škála byla ověřena na populacích dospělých a mladistvých kuřáků (SRNT Europe, 2011).

V našich poradnách pro léčbu závislosti na tabáku nacházejí kromě somatických testů uplatnění i další klinické i výzkumné dotazníky sloužící například ke zjištění rozsahu poškození způsobeného kouřením na konkrétní funkce organismu (MRC - Medical Research Council Dyspnea Scale), k indikaci budoucích možných úskalí odvykání (Meyers 11 item Weight Concerns Scale) nebo rizika rozvoje dalších psychických onemocnění (BDI - Beck Depression Inventory).



## 2.4 WISDM-68

Na pomezí předchozí (Princip fyzické závislosti) a následující kapitoly (Psychosociální - behaviorální závislost) řadíme pasáž o Wisconsinském inventáři motivů závislosti na kouření (**The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives, WISDM-68**). Jedná se o třináctiškalový inventář původem z USA koncipovaný ke zjišťování „motivů závislosti na kouření“. Výhodou a zároveň odlišností od běžně používaných dotazníků (viz kap. 2.3.4 - Diagnostika závislosti na tabáku), zabývajících se analýzou nikotinové dependence, je v případě WISDM-68 jeho nikoliv binární (závislý-nezávislý), ale stupňovité a navíc multifaktorové pojetí reflektující především právě psychickou, sociální a behaviorální složku závislosti na tabáku. Jeho záměrem je odhalit „podklady“, skryté motivy závislosti, které nejsou tak zjevné v chování, jako například u FTND.

Inventář sestává z 68 položek, tvrzení formulovaných v 1. osobě singuláru, jejichž subjektivně vnímanou výstižnost má proband hodnotit na sedmistupňové likertovské škále od „vůbec nesouhlasím“ (1) po „naprosto mě vystihuje“ (7). Interpretace se provádí podle klíče obsaženého v základním článku A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68, Piper et al., 2004) na základě součtu průměrů položek, které sytí každou ze subškál, a jejich celkové sumy. Pro jeho zacílení na spíše psychické aspekty závislosti a doposud převážně výzkumné využití jej neřadíme přímo do kapitoly 2.3.4 (Diagnostika závislosti na tabáku). Avšak protože byl na rozdíl od výše uvedených nástrojů (s výjimkou FTND) využit v empirické části naší studie ke kvalitativní analýze a monitorování průběhu psychobehaviorální závislosti na kouření u našich probandů a současně dle našich zdrojů nebyl v českojazyčné odborné literatuře doposud zmíněn, považujeme za důležité jeho škály detailně představit, přičemž vycházíme především z několika článků od jeho přímých autorů (M. Piper, T. Piasecki, E. Federman, D. Bolt, S. Smith, M. Fiore, T. Baker, 2004) a jejich následovníků, kteří s inventářem dále pracovali.

#### 2.4.1 VÝVOJ INVENTÁŘE A PSYCHOMETRICKÉ CHARAKTERISTIKY

Zmínění autoři vytvořili inventář WISDM-68 v reakci na složitou situaci ve výzkumu tabakismu, který protežoval názor, že se v případě závislosti jedná o unitární fyzický konstrukt, navíc však bez srozumitelně definované vnitřní struktury. Domnívají se, že rozvoj bádání v této oblasti brzdily právě neshody v tom, co se pojmem závislost vlastně myslí. Přístupovalo se k ní tradičně ze dvou hledisek. První se zakládalo na medicínsko-psychiatrické tradici. Ta vycházela z diagnostických kritérií užívaných v DSM-IV a podle ní je závislost binární proměnnou - kuřák buď je, nebo není závislý na nikotinu. Diagnostika závislosti na tabáku je však spíše klasifikačním než výkladovým systémem. Může být rozhodně užitečná k výběru souboru osob například v epidemiologickém výzkumu. Informuje nás o tom, zda je jedinec závislý nebo není, ale nevysvětluje už, jaký je charakter a původ jeho závislosti, navíc může necitlivě stírat rozdíly mezi různě závislými probandy (Piper et al., 2004).

Reprezentantem druhého pojetí je např. výše zmíněný a v našem projektu rovněž využitý stručný dotazník Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Zde je závislost pojata jako odstupňovaná proměnná - jedinci se od sebe liší v její míře. Narozdíl od výše popsané tradice byl FTND konstruován s předpokladem, že příznaky popsané v diagnostickém manuálu (DSM-IV) jsou jen vnějším odrazem skrytého procesu fyzické závislosti, kterým mohou být vysvětleny. I tento přístup nicméně autoři inventáře WISMD-68 považovali za nevyhovující především proto, že hlavní podstatou závislosti měřené FTND je její fyzická složka. Nízká vnitřní konzistence tohoto testu navíc napovídá, že i v jeho případě by se mělo spíše jednat o multifaktoriální nástroj (Piper et al., 2004).

Oproti oběma výše zmíněným tradicím vycházela tvorba inventáře WISDM-68 jednak z podnětu, že závislost na nikotinu je více otázkou motivačního systému organismu, a také, že se jedná o multidimenzionální konstrukt. Proto inventář usiluje o měření přítomných motivačních sil, na jejichž základě vyvětluje mechanismus nutkavého kuřáctví. Motivy zde extrahované se nesnaží vystupovat v roli ekvivalentu k závislosti, avšak v tomto nástroji slouží jako ukazatelé jejich zdrojů. Již některé předchozí pokusy směřovaly k vysvětlení tabákové závislosti na

základě lidské motivace, nicméně inventář WISDM-68 se od nich odlišuje v některých zásadních aspektech. Především navržené motivační domény tohoto nástroje nebyly sestaveny na základě náhodně sebraných osobních důvodů ke kouření různých dobrovolníků, ale teoreticky vyvozeny ze současných výzkumů a nových hypotéz o motivaci užívání drog. Kromě konceptuálních rozdílů se také inventář liší od předchozích v ohledu psychometrických kvalit, především vysoké vnitřní konzistence jednotlivých subškál, navíc zjišťované napříč různými populacemi kuřáků, které v USA zahrnují mnohé etnické minority (Piper et al., 2004).

Poté, co bylo z odborných pramenů a po jejich evaluaci odborníky odvozeno 13 různých motivů ke kouření, autoři vytvořili celkem 285 položek, které měly postihovat celé spektrum charakteristik, vztahující se ke každému z motivů (jejich šíře, hloubka, četnost a intenzita projevů, variabilita apod.). 775 účastníků studie (312 mužů a 463 žen) ze státu Wisconsin v USA bylo sestaveno ze zájemců oslovených prostřednictvím inzerátů v novinách a v rádiu a studentů psychologie na Univerzitě v Madisonu. Všichni byli starší 18 let a vykouřili alespoň jednu cigaretu za posledních 14 dní. 82% všech respondentů se označilo jako běloši, 11% Afroameričané, 1% byli američtí indiáni, 3% Hispánci, 2% Asiaté, 2% jiného etnika a 2% tuto informaci neuvedli (Piper et al., 2004).

Nejprve všichni účastníci navštívili skupinové setkání, kde jim byl změřen CO ve výdechu a vyplnili dotazníky - kromě materiálu pracovně nazvaného WISDM-285 také FTND, Kawakami Tobacco Dependence Screener (TDS), demografický dotazník a dotazník kuřácké historie. Byli rovněž informováni o celé studii a podepsali informovaný souhlas. Studenti psychologie byli za účast odměněni akademickými kredity a ostatní respondenti finanční částkou 30 dolarů (Piper et al., 2004).

V další fázi byla data sebraná od účastníků studie rozdělena náhodně na dvě skupiny, přičemž jedna z nichž hrála roli při derivaci položek a druhá při následné validizaci. Výsledný inventář zahrnoval 13 subškál, sycených 4-7 položkami. Potvrdilo se, že všechny mají vysokou vnitřní konzistenci (s Cronbachovým alfa

/ $\alpha$ / vyšším než 0,90, kromě případu subškály č. 10 - sociální pobídky a podněty z prostředí, u něhož bylo  $\alpha = 0,87$ , nicméně všechny subškály překonaly standardní klinicko-diagnostický cut-off point pro  $\alpha = 0,80$ ). Podobného výsledku bylo dosaženo při validizaci (všechny subškály kromě č. 7, tj. expozice podnětu - procesy asociace, kde  $\alpha = 0,88$ , měly reliabilitu měřenou metodou vnitřní konzistence vyšší než 0,90). Na základě konfirmatorní faktorové analýzy (CFA) se potvrdilo, že závislost měřená inventářem WISDM-68 není jednotným konstruktem, ale naopak rozmanitým souborem různorodých motivů. Všechny subškály významně korelují s FTND a většina z nich také s denní spotřebou cigaret, koncentrací oxidu uhelnatého ve výdech a kritérii DSM-IV pro závislost na nikotinu. Ačkoliv některé ze subškál vykazovaly jisté vnitřní podobnosti mezi sebou, rozhodli se autoři nespojovat je prozatím do jedné. Některé další (např. č. 10 - sociální pobídky a podněty z prostředí a č. 13 - kontrola hmotnosti) naopak byly velmi jedinečné (Piper et al., 2004). Velmi dobré psychometrické kvality inventáře dokládají i navazující výzkumy, které jej využívaly (např. Piper, McCarthy, Bolt, Smith, Lerman, Benowitz, Fiore & Baker, 2008; Shenassa, Graham, Burdzovic & Buka, 2009; Smith, Piper, Bolt, Fiore, Wetter, Cinciripini & Baker, 2010; Vajer, Urban, Tombor, Stauder & Kalabay, 2011 a další).

### 2.4.2 NÁZVY SUBŠKÁL

Metoda hodnotí 13 teoreticky vyvozených motivačních domén. Ty můžeme do češtiny přibližně přeložit takto (tabulka č. 2), s ohledem na fakt, že i v původním znění jsou mnohé názvy pracovními termíny a v běžném jazyce nenacházejí uplatnění:

<b>číslo subškály</b>	<b>původní anglický název</b>	<b>název přeložený do češtiny</b>
<b>1</b>	Affiliative attachment	citové přilnutí
<b>2</b>	Automaticity	automaticita
<b>3</b>	Loss of control	ztráta kontroly
<b>4</b>	Behavioral choice – melioration	behaviorální volba / zlepšení
<b>5</b>	Cognitive enhancement	kognitivní posílení
<b>6</b>	Craving	bažení
<b>7</b>	Cue exposure–associative processes	expozice podnětu - procesy asociace
<b>8</b>	Negative reinforcement	negativní zpevnění
<b>9</b>	Positive reinforcement	pozitivní zpevnění
<b>10</b>	Social–environmental goads	sociální pobídky a podněty z prostředí
<b>11</b>	Taste and sensory properties	chuťové a senzorické charakteristiky
<b>12</b>	Tolerance	tolerance
<b>13</b>	Weight control	kontrola hmotnosti

tabulka č. 2 - názvy subškál inventáře WISDM-68 v anglickém a českém jazyce, (Piper et al., 2004)

### 2.4.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH SUBŠKÁL

Následující podrobný popis jednotlivých subškál, není-li uvedena jiná citace, vychází celá kapitola z článku A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68), v němž nacházíme prvotní zmínku o inventáři (Piper et al., 2004):

#### 1. *Citové přilnutí* - silné emoční přilnutí ke kouření a k cigaretám

Pojetí tohoto motivu je založeno na názorech, že psychomotorická stimulancia, jako je právě nikotin, aktivují také ty nervové systémy, které jsou zapojeny v motivačním vlivu sociálních pobídek. Neurofarmakologická data jsou podložena výpověďmi závislých kuřáků, kteří uvádějí, že cigarety sdílejí mnoho z afektivních a motivačních vlastností s tzv. atraktivními sociálními stimuly (tj. např. s přáteli) a že odvykání od tabáku je podobné pocitům sociální ztráty a truchlení. Čím více je kuřák připoután ke své cigaretě a čím těžší je pro něj odvykání, na tím silnější závislost můžeme usuzovat. Vyjadřují to některé položky inventáře jako „*cigarety mi dělají společnost jako dobří přátelé*“ (položka č. 20) nebo „*někdy mám pocit, že cigarety jsou mými nejlepšími přáteli*“ (36). Jakkoliv absurdně uchu laika či nekuřáka tato tvrzení mohou znít, ukazuje se, že probandi nejednoho výzkumu využívajícího WISDM-68 skórují v době, kdy stále kouří, na této subškále poměrně vysoko.

#### 2. *Automaticita* - kouření bez vědomého úmyslu nebo záměru

Teorie automaticity (Tiffany, 1990) předpokládá, že stejně jako další aktivity, které lidé vykazují, i kouření postupem času získá automatický rozměr a začne být řízeno automatickými procesy. Naléhavé projevy bažení nebo subjektivní pocit chuti na cigaretu jsou tak výsledkem toho, že byl jednoduchý automatický rituál kouření zablokován, což vedlo ke složitějším, neautomatickým kognitivním procesům. Například, když kuřák automaticky sáhne po krabici cigaret a zjistí, že je prázdná, pocítí bažení, nutkání kouřit. Kuřáci s vysoce automatizovanými rituály považují za obtížnější přestat, ať už z důvodu silnější závislosti nebo neschopnosti vymanit se z automacie. V inventáři tento motiv reprezentují položky jako „*často*

*kouřím bezmyšlenkovitě, automaticky“ (5) nebo „často si zapálím cigaretu, aniž bych o tom přemýšlel/a“ (26).*

### **3. Ztráta kontroly** - pocit vymknutí vlastního kuřáctví volní kontrole

Jakmile závislost hluboce zakořeněná v životě jedince, kuřák mívá pocit, že nemá své kouření pod kontrolou. V případě této subškály se nejedná přímo o motiv kouření sám o sobě, poskytuje však významné měřítko, jak moc závislým se kuřák subjektivně cítí a za jak kompulzivní své kouření považuje. Zhodnocení míry jeho pocitu sebekontroly nás informuje o jeho schopnosti zvládnout úspěšně odvykání. Z toho vyplývá předpoklad, že kuřák, který uvádí vysokou míru ztráty kontroly, přestane kouřit s menší pravděpodobností než takový, který cítí nad svým návykem kontrolu. Mezi položky 3. subškály se řadí například *„cigarety mě ovládají“ (6)* a *„někdy mám pocit, že cigarety řídí můj život“ (28).*

### **4. Behaviorální volba / zlepšení** - kouření navzdory omezením, negativním důsledkům nebo pro nedostatek jiných stimulů

Behaviorální teorie volby (Vuchinich & Tucker, 1988) naznačuje, že užívání drog obecně je nepřímo úměrné jak nedostupnosti dané látky, tak i dostupnosti ostatních stimulů. Zdá se, že dokonce druhý uvedený aspekt může hrát větší roli v drogovém užívání. Podle této teorie kuřáci, kteří jsou závislí, jsou náchylnější ke kouření i v přítomnosti kuřáckých omezení a jsou-li dostupné další pobídky. Navíc závislejší kuřáci mají k dispozici méně pobídek. Položky této subškály zahrnují výpovědi jako *„velmi málo věcí mě uspokojuje tak jako cigarety“ (10).*

Heymanova teorie ameliorace (1996, založená na Herrnsteinově zákonu přiřazování) vysvětluje prostřednictvím využití tzv. strategie místního účetnictví (local bookkeeping strategy) rozhodování mezi konkurenčními stimuly tím, že klade důraz na aktuální hodnotu každého. Podle autora se tedy jedinec zaměřuje pouze na bezprostřední důležitost různých dostupných možností. To má za následek snížení hodnoty budoucích stimulů, například informací o nebezpečnosti, které kouření cigaret v současnosti představuje pro kuřákovu budoucnost. Proto kuřáci, kteří jsou více závislí, uvádějí, že nejsou ochotni se vzdát cigaret, i když jsou konfrontováni s negativními důsledky jako jsou vysoké spotřební daně z cigaret nebo rizika

vážných onemocnění. Na to poukazují položky jako „*jen velký zdravotní problém by mě mohl přimět přestat kouřit*“ (49) a „*kouřil/a bych dál, i pokud by to znamenalo, že mohu trávit méně času se svými zájmy a koníčky*“ (38).

**5. Kognitivní posílení** - kouření s cílem zlepšení kognitivních funkcí (např. pozornosti)

Jak bylo dříve uvedeno, nikotin dokáže bystřit pozornost a zvyšovat ostražitost. Někteří kuřáci užívají tabák buď ke zvýšení úrovně svých základních kognitivních schopností nebo k jejich obnovení po období nikotinové deprivace. Položky sytící tento motiv se ptají na subjektivně vnímaný vliv kouření na kognitivní funkce uživatelů. Ti mají posoudit, jak moc souhlasí s tvrzeními jako „*kouřím, když se opravdu potřebuji soustředit*“ (13) nebo „*kouření mi pomáhá lépe přemýšlet*“ (57).

**6. Bažení** - kouření je důsledkem pocíťovaného nutkání nebo silné chuti na cigaretu

Velmi tradiční pojetí motivace drogové závislosti, s níž pracují i oba hlavní světové diagnostické systémy duševních onemocnění (MKN-10, DSM-IV), poukazuje na to, že bažení je nepříjemným stavem, který pudí k relapsu a užití látky. Ačkoliv zahrnuje prvky negativního zpevnění (škála č. 8), jedná se o natolik významný motiv k užívání drog, že se autoři rozhodli vytvořit samostatnou subškálu, která jej postihuje. Obecně platí, že čím silnější je závislost, tím silnější bažení můžeme očekávat. Četnost návalů bažení pozorujeme prostřednictvím položek jako „*často bažím po cigaretě*“ (29), jejich intenzitu pak například postihuje tvrzení „*když několik hodin nemohu kouřit, bažení se stává nezvladatelným*“ (50). Schopnost kontroly bažení se snaží reprezentovat položka č. 11 - „*je těžké ignorovat nutkání kouřit*“.

**7. Expozice podnětu - procesy asociace** - kuřák často přichází do styku s ne-sociálními pobídkami ke kouření nebo je pro něj významně souvisí expozice podnětu s touhou kouřit

Tento motiv reflektuje základní asociativní procesy učení. Kuřák se naučil spojovat určité pobídky s kouřením nebo odvykáním a tyto podněty oplývají schopností vyvolat kuřácké chování buď zvýšením vnímané chuti na cigaretu, nebo automatizovaným saháním po cigaretách (viz subškála č. 2 - automaticita). Závislejší



kuřáci bývají vystaveni většímu množství podnětů vyvolávajících asociace s kouřením, navíc častěji než ti méně závislí. Mezi ukázkové položky z této domény patří např. „*můj život je plný věcí, které mi připomínají kouření*“ (17) a „*určité pohledy a pachy vyvolávají touhu kouřit*“ (23).

**8. Negativní zpevnění** - tendence kouřit ke zlepšení spektra nepříjemných vnitřních stavů (např. stres, dysforie apod.)

Již z názvu této motivační domény je patrný vliv teorie učení a operantního podmiňování. Chování, které dokáže zmírnit averzivní fyzický nebo psychický stav se posiluje a zvyšuje se pravděpodobnost, že se dané chování bude opakovat. Nepříjemný stav může vyplývat z životních událostí (stres) nebo nastává v důsledku odvykacích příznaků. Kuřáci se liší v závažnosti nebo četnosti subjektivního prožívání takových stavů - ti závislejší pravděpodobně trpí větší nepohodou, ať už způsobenou odvykací stavem, nebo nepříznivými životními okolnostmi, v jejichž důsledku, a především ve snaze je zmírnit, jsou opět puzeni ke kouření. Liší se také mezi sebou v míře, v níž očekávají, že jim cigareta uleví, jak ukázali například Brandon a Baker (1991). Inventář usiluje o zhodnocení negativního zpevnění prostřednictvím položek jako „*většinou se cítím mnohem lépe, jakmile si zakouřím*“ (32), „*sahám po cigaretách, když jsem podrážděný/á*“ (65) nebo „*kouření mi pomáhá zvládat stres*“ (25).

**9. Pozitivní zpevnění** - touha kouřit kvůli prožitku opojení nebo dalšího vylepšení již příjemných pocitů

Na základě obecně známého Thorndikeova zákona účinku (organismus má tendenci opakovat chování, které dříve vedlo k uspokojení) byla vytvořena kategorie pozitivního zpevnění. Konkrétně to znamená, že chování (kouření), které mělo za následek příjemný pocit (nikotinové opojení), bude pravděpodobně v budoucnu opakováno. Položky vztahující se k této subškále postihují následující oblasti: subjektivně vnímaný žádoucí efekt, dále předpokládaná jistota, že bude kýžený efekt následovat, a povaha daného účinku. Položky byly vytvořeny záměrně tak, aby se na jejich základě dalo rozlišit pozitivní zpevnění od negativního. Opět se předpokládá, že závislejší kuřáci uvádějí vyšší stupeň pozitivního zpevnění, což monitorují

položky jako „kouření umocňuje dobrou náladu“ (3) nebo „i když se cítím dobře, když si zakouřím, je mi ještě lépe“ (64).

**10. Sociální pobídky a podněty z prostředí** - tendence kouřit je vyvolána sociálními stimuly, které k tomu vybízejí

Sociální podněty hrají rovněž důležitou roli v drogovém užívání, a to jak v jeho iniciační fázi, tak i v udržování nežádoucího chování. Obecně přijímaná Bandurova teorie sociálního učení říká, že jedním ze způsobů, jakým se jedinec učí, je pozorování ostatních. Nejen observace kuřáckého chování, ale i nedostatek příležitostí vidět explicitně abstinenci chování v důsledku vedou k tomu, že může být velmi těžké přestat kouřit. Navíc některá sociální prostředí mohou podporovat žádoucnost kouření, což pozici odvykajícího kuřáka staví do nepříznivého světla. Tato subškála předpokládá, že pro kuřáky, kteří mají mezi svými přáteli, příbuznými, kolegy a obecně ve svém sociálním okolí mnoho dalších kuřáků, bude náročnější přestat kouřit než pro ty, kteří jsou obklopeni spíše nekuřáky - „většinu času trávím v blízkosti kuřáků“ (22) nebo „hodně mých přátel a/nebo příbuzných kouří“ (44).

**11. Chuťové a senzorické charakteristiky** - tendence kouřit souvisí s touhou po příjemných chuťových nebo senzorických prožitcích v ústech

Ačkoliv se i zde uplatňuje zákon účinku a operantní podmiňování, jsou chuťové a senzorické vlastnosti kouření považovány za samostatné motivy. Čím příjemnější je pro jedince požitky z kouření cigarety, tím více zpevněné toto chování bude. Proto, i když chuť a smyslové vlastnosti pravděpodobně nefungovaly jako posílení hned zpočátku - většině lidí nebyla chuť jejich první cigarety příjemná, nadále pokaždé, když jedinec kouří a vnímá chuť, vůni a další aspekty tabáku, související pozitivní pocity zároveň zvyšují pravděpodobnost, že kouření bude opakovat. Kuřáci, kteří jsou více závislí, více oceňují chuť a další, smysly vnímané vlastnosti kouření. Příkladem mohou být položky „chuť cigarety je mi příjemná“ (12) nebo „užívám si pocit dlouhého, pomalého vyfukování kouře“ (66).

**12. Tolerance** - vyznačuje se především potřebou kouřit s postupem času ve větším množství s cílem dosažení kýženého účinku nebo schopností kouřit nadměrně bez akutního ohrožení toxicitou nikotinu

Jedna z hlavních složek závislosti na nikotinu je teoreticky podložena myšlenkou, že homeostatické procesy adaptace na přítomnost substance v těle vyvolávají s postupem času snížení citlivosti tkání na danou látku. To umožňuje zvýšení individuální tolerance k dávce drogy, což se projevuje v tendenci k jejímu postupnému zvyšování pro dosažení stejného opojení jako na počátku s užitím původního množství. Inventář se pokouší proniknout do těch aspektů tolerance (ta je sama o sobě spíše konstruktem fyzické závislosti, a proto přesněji měřitelná některým fyziologickým testem), které jsou dostupné prostřednictvím sebehodnocení probanda. Například u závislých kuřáků zřídka dochází po inhalaci kouře k rozvoji nevolnosti, která postihuje mnohé začínající. Navíc ti závislejší pravděpodobně kouří více nyní než dříve. Odpovídající položky obsahují například „*většinou chci kouřit hned po probuzení*“ (9) nebo „*ostatní mě považují za silného kuřáka*“ (47).

**13. Kontrola hmotnosti** - cigarety jsou užívány k ovládnutí chuti k jídlu nebo kontrole hmotnosti

Někteří kuřáci, a především kuřačky, mohou být motivováni k dalšímu kouření obavami z hmotnostního přírůstku, který očekávají (ve shodě s odborníky, viz str. 72) poté, co by kouřit přestali. Objektivně nikotin dokáže zvyšovat výkon metabolismu a potlačovat chuť k jídlu. Kromě zmíněných obav se tento motiv může rozvinout v reakci na případný váhový úbytek, který nastal po zahájení kouření. Lidé, kteří se obávají zvýšení hmotnosti, přestanou-li kouřit, mohou vnímat odvykání jako obtížnější. Skórují vysoce na položkách jako „*díky cigaretám nepřibývám na váze*“ (2) nebo „*kouření mi brání v přejídání*“ (61).

## 2.5 PSYCHOSOCIÁLNÍ - BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOST

Psychické, sociální, behaviorální a situační faktory podporují fyzickou - drogovou závislost. Může se jednat o situace pozitivní (relaxace, telefonování, pracovní pauza), ale i negativní (stres, rozčilení), které připomenou dobře naučený a zažitý zvyk zakouřit si. Psychosociální závislost na cigaretě bývá tou složkou, jejíž rozvoj začíná vlastně již první cigaretou a je tak delšího trvání než závislost fyzická.

*Složka psychosociální převládá nad složkou toxikomanickou, ta převládne až po určité době. Závislost psychosociální se projevuje potřebou mít v ruce cigaretu, manipulovat s ní, hrát si s ní, dívat se na ladné vinutí kouře a podobně. Je to závislost na cigaretě jako takové, na předmětu, bez ohledu na účinné látky. Doba, za jakou tato závislost vznikne je různá, míra závislosti na nikotinu není přímo úměrná době kouření. Touto závislostí kouření začíná a lze ji popsat u každého kuřáka (Krménčík, 2011).*

**Na sociální úrovni** může cigareta sloužit jako předmět nebo prostředek komunikace, překonání osobních bariér s kolegy, partnery nebo s neznámými lidmi (slangově se proto občas označuje jako „sociální lubrikant“), bez ohledu na obsah nikotinu. Cigareta se zejména v adolescenci stává vstupenkou do určité sociální skupiny - je těžké přátelit se s kuřáky a nebýt jedním z nich. Vše souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, společnou aktivitou, tématem, pocitem spojení. Na sociální úrovni většinou závislost začíná.

**Psychická složka závislosti**, která také nemá nic společného s chemickým složením cigarety, vzniká postupně tím, jak se s ní kuřák učí žít, prochází s ní - doslova - v ruce nespočtem situací - jedna ve společnosti, druhá ve stresu, další při relaxaci, po jídle, ke kávě, po sexu, před zkouškou atd. Vytváří si často i několik různých vlastních kuřáckých prostředí, rituálů, které v průběhu své závislosti upevňuje. Ty se pak mnohokrát opakují, až se nakonec stanou těžko postradatelnými. Zároveň se na této úrovni závislosti, jako u každého rituálu, postupně vytrácí

původní obsah (důležitost nikotinu), ale forma zůstává a tak se stává prázdným stereotypem. V průběhu času se cigareta stala neoddělitelnou součástí každodenního života a kouření se z původního výjimečného požitku stalo elementem, který nyní kontroluje kuřákův život, avšak který přesto nebývá nenáviděn, ale hájen.

Jako by u kuřáků docházelo k rozvoji paralely se Stockholmským syndromem - citovým zaangažováním se ve vztahu ke svému únosci. Přestože podle evropského programu iCoach (který má s koučinkem jako námi popsanou metodou málo společného, jedná se o systém virtuální podpory odvykajícím kuřákům prostřednictvím edukace a rad) a dalších zdrojů **by racionálně rádo přestalo 7 kuřáků z 10** (Evropská komise, 2010; CDC, 2012), podnět k tomu často nevychází zevnitř, ale bývá vnější a nadto spíše negativního charakteru - všudypřítomné informace o hrozící zdravotní újmě, nátlak rodinných příslušníků, rostoucí cena cigaret a jiné faktory často nakonec, přinejmenším dočasně, účinkují spíše opačně a přimykají kuřáky paradoxně blíže k jejich zhoubě. Ta totiž skýtá jistotu, známost, bezpečí a pocit kontroly, ať již skutečné či pouze imaginární. A kdo by se s takovými aspekty chtěl loučit?

Jak také správně uvádí v knize *Drogy a společnost* prof. MUDr. Alojz Janík, „... *psychická závislost nutí kuřáka, aby nadále kouřil, jinak má pocit, že mu v životě něco chybí, je nervózní a neklidný*” (1990, s. 54).

### 2.5.1 MOTIVACE PŘESTAT

Jak je zmíněno výše, přinejmenším 70% stávajících kuřáků by chtělo přestat kouřit. Jejich důvody bývají dosti podobné, což není příliš překvapivé, uvědomíme-li si negativní dopady na život uživatelů. Bývají to nejčastěji důvody zdravotní, finanční a společenské, které je na racionální úrovni přesvědčují. Dalším častým motivem bývá snaha vymanit se závislosti a být svobodný. Důvodů pro velkou změnu životního stylu je nespočet a proti nehraje téměř nic... Zásadní nejasností tedy zůstává, odmyslíme-li si případnou silnou fyzickou závislost, s níž však dnes umíme poměrně účinně bojovat (viz 2.5.1), proč zůstává tolik kuřáků, kteří by chtěli přestat, kuřáky i nadále?

Pro většinu z nich totiž rozhodnutí přestat kouřit znamená podle Prochaskova a DiClementeho transteoretického modelu projít (často opakovaně) pěti stádií:

- I. **prekontemplace**, kdy si kuřák zacpává uši před každou zprávou o negativních účincích kouření, namlouvá si, že se jej netýkají a že jeho kouření nikomu neškodí,
- II. **kontemplace**, kdy si již připouští, že je kouření škodlivé, drahé, obtěžující pro okolí a obecně negativní,
- III. **příprava**, kdy si uvědomuje, že výhody zanechání kouření převáží nad nevýhodami, začíná se zajímat o možnosti odvykání, zkušenosti ostatních, rozhoduje se přestat,
- IV. **akce**, kdy přestává kouřit a
- V. **setrvání**, kdy zůstává „bývalým kuřákem“, případně „nekuřákem“ (Králíková & Kozák, 1997; Prochaska & DiClemente, 1983, 1984).

Nicméně, jak dlouho bude každé ze stádií trvat a zda se vůbec mezi nimi dokáže posunout je záležitostí velmi individuální. Faktem je, že jen malé procento kuřáků přestane napoprvé, kdy to zpravidla zkoušejí bez intervence. To jim dává asi tříprocentní šanci na úspěch (Česká koalice proti tabáku, n.d.). Dostávají se tak opět na začátek, do prekontemplačního stadia, aby se celý koloběh opakoval. Jsou však vyzbrojeni něčím, co poprvé neměli - zkušeností toho, jak snadno znovu začali kouřit, která je k nezaplacení. Sami si totiž většinou vyzkoušeli, že stačila jediná zrádná cigareta k tomu, aby se zřekli původního rozhodnutí nekouřit. Protože podstatou závislosti je nutková potřeba dopřávat si drogu, nad kterou uživatel postupem času ztrácí kontrolu, lékařská komunita zastává názor, že pro většinu lidí není udržitelné dlouhodobě užívat ani tabák kontrolovaně. Rozhodnutí přestat kouřit tak znamená, že je nutné nezapálit si již nikdy ani jednu cigaretu. A to může znít zprvu, po letech, kdy je cigarety provázely životem, opravdu nerealisticky a děsivě.

## 2.6 MOŽNOSTI INTERVENCE

Cílem léčby je pro motivovaného pacienta úplná abstinence, která je spojená s významným snížením zdravotních rizik, která s sebou kouření přináší. Na výběr i pro vytváření kombinací se nabízejí následující možnosti:

### 2.6.1 FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE

V současné době disponujeme třemi hlavními variantami farmakologické pomoci na nikotinu závislým odvykajícím kuřákům. Na úvod je však třeba zmínit, že se jedná pouze o chemickou - lékovou podporu v boji s abstinenčními příznaky, jimiž se při odebrání nikotinu demonstruje fyzická složka závislosti na tabáku a které často mají za následek snížení chuti do dalšího odvykání. Nejzásadnější však zůstává klientovo rozhodnutí k převratné změně životního stylu a jeho motivace, vůle vytrvat a překonat nástrahy závislosti psychosociální, kterou léky nemohou ovlivnit. Nicméně velkou výhodou využití farmakologických prostředků při odvykání kouření je fakt, že dokáží utlumit nepříjemné příznaky fyzické abstinence a klientovi tak usnadní chvíle, kdy potřebuje mnoho energie, aby se vypořádal s úskalími závislosti na ostatních úrovních.

Léky indikované při odvykání kouření můžeme rozdělit do několika skupin. Zvolíme-li za kritérium důležitou dostupnost, můžeme hovořit o následujících dvou kategoriích:

#### *a) léky k dostání bez lékařského předpisu*

Do této skupiny zahrnujeme tzv. nikotinové náhražky, tj. přípravky, které obsahují nikotin a slouží k substituční terapii po vysazení cigaret. V České republice jsou v prodeji tři typy substitucí - nikotinové žvýkačky s obsahem 2 a 4mg, náplasti a inhalátory (navíc bývají na náš trh střídavě zaváděny a opět z něj stahovány tablety s obsahem nikotinu). Důležitá je jejich neslučitelnost s dalším kouřením, protože by tak snadno mohlo dojít k předávkování nikotinem a navíc by taková léčba nebyla

smysluplná. Proto se při odvykání nasazují až ode dne, kdy si již kuřák další cigaretu nezapálí.

Jejich princip spočívá v poskytnutí náhradního zdroje čistého nikotinu, který není vázán na spalování a v jeho důsledku vytváření nežádoucích toxických a karcinogenních látek. Dávka nikotinu se postupně snižuje, až je nakonec zcela eliminován. Uvádí se, že pro účinnost léčby je nutné vytrvat v užívání substitucí po dobu alespoň tří měsíců, i kdyby se stalo, že nejhorší stav odezněl a bývalý kuřák nabyl sebejistoty, že se již dokáže ovládnout bez pomoci. Navzdory této informaci mnoho pacientů v užívání ustává dříve a pravděpodobnost jejich návratu ke kouření tak opět roste.

Původně byly nikotinové substituce ve formě žvýkaček vytvořeny koncem 70. let pro švédské námořníky, kteří v nekuřáckém prostředí (v ponorce) trpěli abstinenčními příznaky. Dnes je tato varianta léčby závislosti na tabáku nejrozšířenějším farmakoterapeutickým prostředkem, přičemž všechny její formy (ve světě existuje také jako tablety a nosní sprej) mají srovnatelnou účinnost - **zhruba zdvojnásobují pravděpodobnost úspěšnosti odvykání** oproti pokusům bez využití intervencí (Králíková, 2011).

#### *b) léky vázané na lékařský předpis*

V 90. letech si američtí psychiatři náhodně povšimli zajímavého jevu - pacienti léčení pro depresi bupropionem (blokátor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu) přestávali současně kouřit. Zejména u tohoto typu pacientů, z nichž asi 60% kouří, se jednalo o nevídaný jev, který byl okamžitě podroben důkladnému zkoumání. Ve studiích se pak ukázalo, že bupropion skutečně prakticky **zdvojnásobuje úspěšnost abstinence od cigaret**. Stejná tableta, obsahující rovněž 150 mg bupropionu, byla registrována jako specifický lék pro terapii závislosti na tabáku u pacientů bez deprese (Zyban, který byl plně hrazen uživatelem). V lednu 2011 byl však Zyban z našeho trhu po deseti letech stažen, bupropion je nyní k dispozici již pouze jako antidepresivum, např. Wellbutrin (Králíková, 2011), které je v indikovaných případech částečně hrazeno zdravotními pojišťovnami. Na českém



trhu můžeme najít také srovnatelný přípravek Elontril, který existuje ve variantách 150 a 300 mg a jeho výhodou je popisovaná lepší snášenlivost.

Užívání bupropionu začíná asi 10-14 dní před plánovaným dnem „D“, kdy pacient odloží cigarety, aby se v jeho organismu předem stihla vytvořit postačující hladina účinné látky. Vedlejším účinkem, pro který jsou tyto léky odvykajícími kuřáky vyhledávány, je jejich schopnost tlumit chuť k jídlu, což bývá zejména v prvních týdnech po odstranění tabáku výhodou: *„Nekuřáci průměrně váží více než kuřáci a po zanechání kouření se zvyšuje tělesná hmotnost v průměru asi o 5%, některé práce mluví o zvýšení hmotnosti průměrně o 4kg po roce nekuřáctví. Nepřibírají však zdaleka všichni”* (Králíková & Kozák, 1997, s. 32). I přesto je obava ze zvyšování hmotnosti velmi častým argumentem proti odvykání především u dívek a žen.

Rok 2006 znamenal zlom v možnostech léčby nikotinové závislosti - na trh byl ve Spojených státech uveden zcela nový přípravek (Chantix) s obsahem vareniklinu, parciálního agonisty alfa-4/beta-2 acetylcholininnikotinových receptorů.

*Má agonistické i antagonistické účinky. Naváže se na receptory, takže se otevře iontový kanálek, ionty vstoupí do neuronu a signál způsobí vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po potažení z cigarety, ale bez peaku – hladina dopaminu dosahuje kolem 60 % stavu po potažení z cigarety, nikoli však v řádu vteřin, ale hodin. (...) Antagonistický vliv spočívá v tom, že pokud si pacient zapálí, nikotin z cigarety se na příslušný receptor nenaváže, protože ten je obsazen vareniklinem. Další dopamin se tedy nevyplaví a pocit odměny po potažení se nedostaví* (Králíková, 2011).

O rok později byl přípravek dovezen i k nám a dodnes je v prodeji pod obchodním názvem Champix. Je doporučován pro fyzicky silně závislé pacienty, tedy např. takové, kteří dosahují ve Fagerströmově testu nadpolovičních hodnot (6-10 bodů). Ke způsobu užívání Králíková uvádí:

*... kouřit se přestává až ve druhém týdnu léčby, od kdy se užívá plná dávka (1 mg BID) – první týden jsou tablety slabší (0,5 mg) kvůli nejčastějšímu nežádoucímu účinku, kterým je nauzea. Má ji kolem 30 % pacientů, ale většinou po několika týdnech odezní. Je to podobný pocit, jako když se někomu udělá nevolno po vykouření první cigarety; vareniklin žaludek nepoškozuje. Může být příčinou neobvyklých snů, ale celkově je snášen velmi dobře, a ačkoli jej užívaly již desítky milionů odvykajících kuřáků, žádné závažné nežádoucí účinky prokázány nebyly. Vareniklin je v současné době nejúčinnějším lékem proti závislosti na tabáku – úspěšnost odvykání ztrojnásobuje (2011).*

Účinnost farmakoterapie závislosti na tabáku (definovaná jako kontinuální abstinence v roce 1) je podle srovnávacích randomizovaných klinických studií skutečně významná - vareniklin, tj. Champix / Chantix (22,4 %), bupropion - Wellbutrin (15,4 %), substituční nikotinová terapie - náplasti, žvýkačky, inhalátory (15,4 %) oproti placebu (9,3 %) a pouhým 3 - 5% úspěšnosti bez použití jakékoliv farmakoterapie (Lancaster, Stead, Silagy & Sowden, 2000) vypadají jako opravdová pomoc odvykajícím kuřákům.

Je však důležité nepodlehnout iluzi zlepšení stavu a dodržet doporučenou délku jejich užívání, minimálně 3 měsíce, optimálně 6 měsíců nebo i déle. Významně se tak zvyšuje pravděpodobnost dosažení úspěchu, jímž je dlouhodobé nekouření – například u vareniklinu podíl pacientů s roční abstinencí vzroste ze 23 % (po tříměsíčním užívání) na 44 % po šesti měsících užívání (Králíková, 2011).

Za pravděpodobné se dá považovat, že v budoucnu se spektrum možností využití farmakoterapie závislosti na tabáku rozšíří. Půjde zejména o další léky působící v oblasti centrální nervové soustavy, v centrech odměny, podobně jako vareniklin. „Ve fázi klinických studií jsou i vakcíny – nikotin, jehož malá molekula snadno prochází hematoencefalickou bariérou, se naváže na velký imunoglobulin, takže vstřebaný nikotin se k mozku z velké části nedostane” (Králíková, 2011).

Mimo lékařskou obcí oficiálně schválené a k odvykání indikované léky bývají užívány i další dvě pomůcky, o nichž se tvrdí, že pomáhají přestat kouřit:

### *c) elektronická cigareta*

Novodobou a stále velmi diskutabilní záležitostí je elektronická cigareta. Protože její marketing často stojí na základech tvrzení, že má na principu postupného snižování koncentrace nikotinu ve vkládaných náplních sloužit k odvykání kouření, zařazují ji do výčtu alternativ, které se dnes odvykajícímu kuřákovi nabízejí. Nicméně dle ústního sdělení odborníků z Centra pro léčbu závislosti na tabáku neexistují seriózní studie, jejichž nálezy by potvrdily avizovanou zdravotní nezávadnost elektronických cigaret. Těch existuje mnoho typů, avšak základním principem je inhalace nikotinem prosycené páry, jejíž viditelné, přes kuřákovy plíce profiltrované zbytky bez zápachu kouře jsou labužnický a „neškodně“ exhalovány do okolí. Výrobci uvádějí, že protože při „kouření“ těchto náhražek nedochází ke spalování tabáku, nevznikají toxické a karcinogenní vedlejší produkty a inhalace je tedy v podstatě „zdravá“. Na trhu je najdeme v mnoha nabízených koncentracích, příchutích a typech, nehledě na to však není elektronická cigareta lékaři schváleným prostředkem pro odvykání kouření. I pokud by se ukázalo, že neobsahuje žádné škodliviny, obsah nikotinu není precizně kontrolovatelný, a může se tak stát i nebezpečným. A propagace typu „Kuřte i tam, kde to není povoleno“ není právě vhodnou rétorikou pro prezentaci výrobku, který má sloužit k vyléčení se z drogové závislosti.

### *d) paipo*

Pokud jsem v předchozím odstavci zmínila elektronickou cigaretu, nedovolím si nevěnovat alespoň několik řádků produktu, který můžeme zakoupit v lékárnách a naopak lékaři k odvykání doporučován bývá. Jedná se o japonskou „alternativu cigarety“, která uspokojuje vizuální požadavky odvykajícího kuřáka a je schopna mu dopřát pocit „držení cigarety v ruce“. Plastová trubička obsahuje savý materiál prosycený čistými éterickými oleji ve třech chuťových variantách. Po odzátkování je možné skrze ni nasávat vzduch jako při kouření, přičemž v ústech

zůstává příjemný svěží pocit. Některé varianty avizují potenciál zklidnit podrážděný krk a osvěžit dech.

Hlavní výhodou je možnost zabavit ruce a rty kuřáka, který se vzdal cigaret, nízká cen (1 paipo stojí kolem 50 Kč a vydrží až 8 hodin nepřetržitého užívání) a snadná dostupnost - prostřednictvím webových stránek produktu je snadno dohledatelné, které lékárny jej nabízejí. To vše bez ohrožení udržování závislosti - protože neobsahuje nikotin ani jiné látky s návykovým potenciálem, je pravděpodobné jeho postupné odložení po uplynutí bezprostřední doby intenzivního využívání. Doporučuje se jej však zahrnout do krizového plánu a i nadále jej nosit při sobě - může velmi posloužit v situacích, kdy by bývalý kuřák náhle chtěl sáhnout po cigaretě (Paipo, 2007b).

## 2.6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, významným faktorem úspěchu při odvykání kouření je vlastní silná motivace. Vzhledem k tomu, jak malá je bez intervence šance přestat kouřit, by podporou první volby (kterou můžeme v indikovaných případech bez problémů kombinovat s výše zmíněnými farmakologickými nástroji) měla být psychoterapie - soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních léčebných a komunikačních technik.

Zajímavý nález k tématu přinesla studie Zerniga a jeho kolegů, kteří u vzorku 779 přihlášených kuřáků srovnávali účinek „stručné psychoterapie“ (která zahrnovala jeden a půl dne intenzivní skupinové psychoedukace a nácviku autogenního tréninku s cílem zlepšení sebeovládání, rozhodování, asertivity, sebejistoty a interpersonálních kompetencí, přirozené funkce orgánových soustav a zvědomění tělesných funkcí) a léčby bupropionem, který byl během prvního týdne užívání navýšen na dvakrát 150 mg denně a předepsán na období osmi týdnů. Měření abstinence byl prováděno z koncentrace oxidu uhelnatého ve výdechu, který měl být u úspěšných probandů roven nejvýše 9 jednotkám na milion (p.p.m.) při každém ze tří měření - po třech, šesti a dvanácti měsících. U skupiny 366 účastníků studie, kterým byla na počátku poskytnuta psychoterapeutická intervence, byla po roce

úspěšnost neuvěřitelných 39,1%, zatímco u 413 uživatelů bupropionu to bylo pouhých 12,3-22,5% podle typu analýzy. To je přibližné rozmezí, na němž se pohybuje bupropion i při hodnocení v dalších klinických studiích (Zernig, Wallner, Grohs, Kriechbaum, Kemmler & Saria, 2008).

Rovněž z výsledků dalších šetření vyplývá, že psychoterapie je účinná v násobení efektu farmakologických prostředků i sama o sobě ve srovnání s pouhým biologickým nebo žádným léčením (např. Hall, Humfleet, Muñoz, Reus, Prochaska & Robbins, 2011; Gifford, Kohlenberg, Hayes, Pierson, Piasecki, Antonuccio & Palm, 2011).

Z nefarmakologických intervencí se při odvykání kouření obvykle uplatňují především:

#### *a) kognitivně behaviorální terapie (KBT)*

Její prostřednictvím můžeme pomáhat pacientům identifikovat spouštěče a zvládat každodenní situace, ve kterých si nejčastěji zapálili cigaretu, případně se jich zpočátku vyvarovat. KBT se zaměřuje především na zvyšování sebedůvěry pacienta ve schopnosti odvykání a hledání cest, jak zvládnout stres a touhu si zakouřit. Řadí se mezi střednědobé terapie, obvykle trvá několik měsíců a k tématu závislostí zahrnuje často nabídku 12 sezení.

Jak využití KBT v praxi popisuje v souborném článku Treatment of Tobacco Dependence německý výzkumník z Univerzity v Tubingenu Anil Batra:

*Doporučené terapeutické prvky jsou odvozeny z kognitivně behaviorální terapie, neexistuje uspokojujivá průkaznost účinnosti psychodynamicky orientovaných směrů z důvodu chybění relevantních kontrolovaných studií. Odvykací programy staví na předpokladu, že psychická závislost vzniká na základě operantního a klasického podmiňování a že kognitivní procesy, osobní hodnoty a účel užívání tabáku hrají hlavní roli v udržování kuřáckého chování. Tyto*

*programy kombinují psychoedukaci a motivační techniky s behaviorálně-terapeutickými prvky. Dalšími důležitými komponentami jsou využití externích sociálních podpor, technik k prevenci relapsu kouření a cesty k jeho případnému zvládnutí (Batra, 2011, překlad autorky práce).*

I podle českých odborníků na kognitivně behaviorální přístup k závislostem, kam spadá i tabáková, v terapeutickém plánu dominuje několik důležitých témat - „... *bažení, motivace ke změně, závazek redukce a kontroly užívání nebo abstinence, učení se dovednostem: odmítání drogy, asertivita a komunikace, nácvik relaxace a tělesný pohyb, kognitivní vyhýbání (zdánlivě nepodstatná rozhodnutí), plánování, řešení problémů, prevence relapsu: první pomoc, zvládnutí a selhání relapsu*” (Záleský, 2007). Všechny tyto léčebné prvky mohou být využity také samostatně v individuální nebo i skupinové psychoterapii.

#### ***b) metoda 5R***

je další rozšířenou variantou psychoterapeutické, či spíše poradenské intervence - soubor kroků pro specialisty v různých oblastech vedení změn v životním stylu (závislosti, ale i léčba obezity aj.), užitečný zejména pro motivování kuřáků, kteří zatím nejsou připraveni přestat. Skládá se z následujících bodů:

- RELEVANCE - poukažte na závažnost problému
- RISKS - jmenujte rizika kouření
- REWARDS - popište výhody přestání
- ROADBLOCKS - proberte překážky ukončení
- REPEAT - opakujte celý postup na každém sezení (Batra, 2011).

#### ***c) the 5A's - 5P***

na základě anglického originálu **The 5A's** Společnost pro léčbu závislosti na tabáku v Pracovním postupu zdravotníků uvádí model krátké, pětibodové intervence **5P**, která nemá zabrat více než 5 minut:

- ASK - Ptej se, zda kouří, jak dlouho, jak moc, jaké produkty.
- ADVISE - Podej jasné doporučení přestat kouřit.
- ASSESS - Posud' ochotu přestat kouřit, motivuj (např. pomocí modelu 5R).
- ASSIST - Pomáhej těm, kteří přestat chtějí (doporuč režimová opatření, farmakologickou léčbu, specializovanou pomoc).
- ARRANGE CONTROLS - Plánuj kontroly, vytvoř krizový plán (Fiore, Jaén & Baker et al., 2008; Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010).

#### d) hypnóza

Doposud nepřilíš souhlasně nahlíženou alternativou k v psychoterapii běžně užívaným technikám je hypnóza a autohypnóza. Pro nedostatečné množství důkazů o její účinnosti a snad i pro laiky vnímaný mystický nádech bývá stavěna na roveň alternativním technikám (viz kap. 2.6.3), avšak v posledních letech dochází k její rehabilitaci. Jako příklad můžeme uvést studii Carmodyho a jeho týmu, který zjišťoval, bude-li hypnóza stejně účinná jako behaviorální poradenství, pokud obě techniky zkombinuje s použitím nikotinových náplastí. 286 náhodně rozdělených kuřáků dostalo možnost podstoupit dvě šedesátiminutové intervence, po nichž následovaly tři telefonní kontroly a dva měsíce užívání nikotinových náplastí. Po šesti měsících byla úspěšnost probandů v obou skupinách srovnatelná (kolem 25%), po dvanácti měsících dokonce hypnóza (24%) vítězila nad behaviorálním poradenstvím účinným na 16% (Carmody, Duncan, Simon, Solkowitz, Huggins, Lee & Delucchi, 2008).

Ve prospěch hypnoterapie hovoří i další výzkumné práce, nakonec i MUDr. Králíková, která hypnózu nedůvěřivě řadí mezi alternativní techniky, uzavírá: „*Hypnóza či akupunktura nebo akupresura účinkuje u těch kuřáků, kteří si ji přejí, kteří jsou rozhodnutí přestat kouřit a jsou přesvědčeni, že jim právě tato metoda pomůže. (...) Ty, kdo chtějí přestat a přejí si těchto metod použít, není důvod odrazovat. Ani jedna z nich nepoškozuje zdraví*” (Králíková & Kozák, 1997). To je důležité - zdůraznění, že **žádná technika nebude fungovat bez rozhodnutí přestat a víry v to, že je to možné.**

#### *e) motivační rozhovory*

Motivační rozhovory se uplatňují zejména v první fázi, tzn. před samotným odložením cigaret, v období, kdy probíhají úvahy o změně (viz kap. 2.5.1). Vycházejí podobně jako KBT z trochu odlišného předpokladu než je pojetí závislosti na tabáku jako nemoci, totiž, že se jedná o naučené chování a k jeho odnaučení je třeba aktivní spolupráce klienta, k níž je třeba klienty motivovat. Tato v terapii závislosti často využívaná metoda tedy začíná ještě o něco dříve než ostatní přístupy a osvojení si jejích technik může být velice užitečnou složkou přípravy komplexní intervence.

Při jejím využití vycházíme z ukázání zájmu a navázání dobrého kontaktu či terapeutického vztahu, pokračujeme zjištěním, zda pacient kouří a zda je vůbec ochoten s námi na téma hovořit, jestli již uvažoval o změně, informujeme ho o rizicích setrvání ve stejném stavu, přičemž se jej nesnažíme zastrašit, manipulovat ani znechutit, ale podáváme zprávy objektivně a s respektem k jeho osobě, ptáme se na jeho pocity a názor na sdělené a s ohledem na míru motivace a důvěry v možnost změny se snažíme téma rozpracovat do společného rozhovoru. Počítáme přitom s tím, že nejeví-li se připraven ke změně, může to být důsledkem toho, že ji nechce, nevěří si nebo neví, jak na to. Po celou dobu intervence nabízíme klientovi dostatek zájmu, autonomie, času i zodpovědnosti, změna je jeho rozhodnutím a my mu nabízíme spolupráci na její realizaci. Pokud nechce, můžeme diskutovat její klady a zápory, nevěří-li si, podpoříme jeho sebedůvěru, neví-li, jak změnu provést, pomůžeme mu připravit plán (Soukup, 2008).

#### *f) Centra pro léčbu závislosti na tabáku*

Ráda bych stručně zmínila, jak v praxi probíhá léčba v pražském Centru pro léčbu závislosti na tabáku, jedním ze sítě těchto zařízení v ČR, vzhledem k tomu, že jsem s touto institucí spolupracovala při svém výzkumu a považuji za užitečné nabyté informace sdílet. Program, který je zde nabízen a hrazen ze zdravotního pojištění, zahrnuje vstupní vyplnění několika dotazníků (včetně FTND a BDI), zjištění tělesné hmotnosti, procenta tuku v těle, měření oxidu uhelnatého ve výdechu apod. Následuje vstupní individuální konzultace, kde pacient dostává návrh



farmakologické léčby a jsou mu ve stručnosti případně zodpovězeny některé otázky. Většinu odpovědí však nalezne až při další návštěvě (kdy jsou mu opět měřeny CO ve výdechu a tělesná hmotnost), která zahrnuje skupinové edukativní sezení a poradenství, kdy klienti sdílí své zkušenosti pod vedením jedné lékařky z týmu. V této fázi je klient, pokud tak již neučinil, směřován k volbě termínu pro den D, kdy odloží cigarety. Postupné snižování počtu ani podobné další strategie zde nejsou podporovány.

Na příští sezení, již individuální, se klient objednává tak, aby neproběhlo později než týden po dni D. Je opět podroben fyzické kontrole a měření, probírají se obtíže a kritické momenty, klient je hojně chválen za jakýkoliv, třeba i dílčí úspěch a motivován do dalšího snažení. Odměnou úspěšným je doklad minimální koncentrace vydechnutého oxidu uhelnatého - vlastně jde o formu biofeedbacku. Návštěvy pokračují se snižující se frekvencí po dobu jednoho roku ode dne D, kdy je úspěšný klient prohlášen za abstinenta. Hodnosti nekuřáka se však zde nedočká, po roce ani po deseti letech, protože stav receptorů v jeho mozku již navždy nese svědectví o tom, že kdysi dávno kouřil.

Protože Centrum pro léčbu závislosti na tabáku patří pod III. interní kliniku 1. lékařské fakulty UK, je také pracovištěm výzkumným. V současné době zde například ve spolupráci s IKEM probíhá zajímavý dlouhodobý projekt usilující o detekci „kuřáckého genu“ z krevního obrazu.

### 2.6.3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY

K odvykání kouření je nabízeno mnoho více či méně osvědčených produktů, technik a nástrojů. Můžeme se setkat s již výše zmíněnou akupresurou či akupunkturou, homeopatiky, biorezonancí, potravinovými doplňky, herbálními cigaretami, semináři, abreaktivními technikami a mnoha dalšími, často „zázračnými prostředky“, které se snaží přesvědčit, že je možné odložit cigaretu jako mávnutím čarovného proutku ze dne na den, snadno a „bez nutnosti použít silnou vůli“, což je fráze natolik frekventovaná, že nás nutí zamyslet se, neprezentujeme-li závislost úspěchu při odvykání na zapojení vůle kontraproduktivně a neměli-li bychom spíše

vytvořit méně děsivá sdělení. Věřím, že i tyto metody si svou cílovou skupinu najdou - a pokud získají důvěru kuřáků a neublíží-li jim, pravděpodobně se dostaví i některé výsledky, které však nejsou vědecky ověřitelné a statisticky předvídatelné.

Jak jsme si ukázali výše, závislost na tabáku znamená silnou vazbu na více úrovních a není vhodné ji brát na lehkou váhu. K jejímu překonání je zapotřebí kromě silné vůle i počáteční investice vlastního pevného rozhodnutí přestat.

---

## EMPIRICKÁ ČÁST

### **3 PŘEDMĚT A CÍL**

Empirickou částí práce je kvalitativní studie, která popisuje proces, v němž autorka projektu po dobu konsektivních tří měsíců koučuje probandy - klienty, kteří se nacházejí v jedné z etap na cestě ke konečnému cíli, týkajícímu se odvykání kouření. Rozsah práce pokrývá několik stádií, jimiž klienti procházejí. Individuální koučování je zde převážně využito ne jako hlavní a jediná, ale jako podpůrná metoda při léčbě závislosti na tabáku - v případě fyzické dependence, kterou máme dle Králíkové předpokládat v 80% případů (1997), za pomoci medikace, případně dalších terapeutických prostředků.

**Cílem práce je extrahovat na základě získaných dat konkrétní specifika a přínosy metody psychologického koučování, popsané v teoretické části, v práci s odvykajícími kuřáky.** Jak uvedl Smékal, *„výzkumný problém závisí na předběžném vědění o nevědění, na tušení toho, co neznáme, a to alespoň v podobě předpokladu, který je postupně zpřesňován v podobě výzkumné otázky nebo výzkumné hypotézy“* (podle Miovského, 2006, s. 121).

Rigorózní práce se navíc zaměřuje na popis převážně kvalitativního využití inventáře WISDM-68 v koučinku odvykajících kuřáků.

## **4 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK**

V tomto výzkumném projektu nás zajímalo zmapování možností využití metody psychologického koučování v práci s konkrétním tématem, jakým je odvykání kouření, a postižení jeho souvislostí a specifických přínosů ve světle jedinečných zkušeností nabytých našimi probandy v procesu společné práce. Výzkumné otázky pomohly strukturovaně uchopit předmět studie.

**V souladu s výzkumným cílem jsme se konkrétně zajímali,**

1. s jakým očekáváním vstupovali probandi do programu Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření,
2. jak popisují po absolvování programu metodu koučinku,
3. jaké přínosy klienti spatřují ve využití koučinku při odvykání kouření,
4. jaké další změny v jejich životě mohl koučink podnítit,
5. jaké cíle si stanovovali a za jak významné je při odvykání považovali,
6. jaké další techniky účastníci programu k odvykání současně využívali,
7. jak na ně působil fakt, že účast v koučinkovém programu je nabízena zdarma
8. a že kouč prodělává vlastní úspěšnou zkušenost s odvykáním kouření,
9. jaká byla výsledná spokojenost klientů s poskytnutou službou i to, jak by program navrhli sami, aby jim nejlépe vyhovoval,
10. jak byli spokojeni s osobou kouče.
11. Zjišťovala jsem také, jak koučink přispěl ke změně dosaženého skóru ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti a k jakým posunům došlo po jeho působení v motivech závislosti na kouření podle inventáře WISDM-68.

Úprava konceptu tohoto textu ve formu rigorózní práce, která klade zvýšený důraz především na kvalitativní nález z inventáře WISDM-68 (výzkumná otázka č. 11), zahrnoval odstranění mnoha detailně pojatých pasáží včetně grafů, prezentujících odpovědi na výzkumné otázky 1-10. Nejpodstatnější zjištění uvádíme v souhrnné podobě v kapitole 7 (Interpretace dat) a zájemce o podrobné informace k tomuto tématu si dovoluujeme odkázat na původní diplomovou práci autorky (Šmejkalová, 2012).

## **5 DESIGN VÝZKUMU**

Náš projekt byl vystavěn na základě vlastního předem navrženého designu využívajícího v ústřední fázi koučování u populace podstupující odvykání kouření. Předpokládaný přínos psychologického koučování aplikovaného na řešení této specifické problematiky jsme mapovali na základě především kvalitativních dat získaných ze srovnání vstupních a výstupních výpovědí na určené položky několika dotazníkových metod, polostrukturovaných rozhovorů a také závěrečné zpětné vazby od klientů – probandů. Podrobnému popisu použité metody psychologického koučování, v němž je autorka projektu kvalifikována (viz úvod), je věnována celá první kapitola teoretické části této práce.

### **5.1 PLÁN STUDIE**

**Projekt probíhal v letech 2011 a 2012 v osmi krocích:**

- **od března do října 2011** předcházela samotnému projektu práce s jedním klientem, který mě vyhledal s žádostí o koučink na téma odvykání kouření,
- **v lednu a únoru 2012** probíhalo přihlašování probandů do projektu (viz kap. 6),
- **koncem měsíce února** jsme realizovali čtyři alternativní termíny společného informačního setkání, kde byly probandům předány doplňující informace k metodě koučování a plánu projektu a zodpovězeny dotazy,
- podpisem informovaného souhlasu (viz příloha) byli probandi (od této chvíle „klienti“) registrováni do projektu a s každým byla tímto oficiálně navázána individuální spolupráce,
- **počátkem března** proběhlo s každým klientem devadesátiminutové „diagnostické sezení“, jehož náplní bylo vyšetření specificky zaměřeným souborem nástrojů (kap. 5.4),
- **v březnu, dubnu a květnu** následovala série šesti až sedmi hodinových koučovacích sezení s každým klientem s frekvencí dle potřeby a průniku časových možností, nejčastěji 1x za dva týdny,

- poslední sezení bylo koncipováno jako debriefing projektu, byly zhodnoceny změny a posun v klientově kouření a opět uplatněny některé dotazníkové metody,
- **začátkem června**, po posledním setkání, byl každému klientovi zaslán odkaz na výstupní dotazník (viz příloha), v němž byl požádán o zhodnocení průběhu celého projektu.
- na konci roku 2012, tedy přibližně šest měsíců od posledního koučinkového sezení, byli klienti osloveni elektronickou cestou se žádostí o informace týkající se jejich aktuálního stavu z hlediska (ne)kouření a o třetí vyplnění dotazníku WISDM-68. Nová data jsou prezentována v kapitole 7.2.3 této rigorózní práce.

Veškerá setkání s klienty - probandy probíhala v prostoru vlastní pracovny („koučovny“) autorky v dobré dostupnosti širšího centra Prahy, pro tyto účely vybavené pohodlným nábytkem, kde bylo zajištěno ticho, klid, nápoje a příjemná atmosféra.

## **5.2 PRŮBĚH KOUČINKOVÝCH SEZENÍ**

S každým klientem proběhlo dle potřeby šest nebo sedm standardních koučinkových sezení, jejichž průběh se nelišil od běžného koučinku. V rámci prvního a nanejvýš druhého sezení jsme společně definovali celkový cíl na základě metodiky SMARTER (viz kap. 1.5.3). Ten jsme spolu s formálními náležitostmi, týkajícími se frekvence a délky schůzek, okolností jejich rezervace a rušení apod. zaznamenali do koučovacího kontraktu, který autorka běžně využívá ve své praxi, a každá strana si ponechala jednu kopii. Další sezení proběhla od debriefingu uplynulého období přes náležitosti modelu The GROW (kap. 1.5.1) spojené s případným využitím vhodných technik (často jsme využili matici změny a originální projektivní obrázkovou sadu, která zahrnuje nejrozličnější vystřižené fotografie a grafiky a s jejíž pomocí pracujeme například na vizualizaci cílového stavu) až po závěrečnou otázku po tom, co klient pro dosažení cíle udělá již v den setkání. Přitom konkrétní struktura všech sezení dokonce ani s jediným klientem se nedá zobecnit pro jejich jedinečnost a výchozí bod spočívající vždy v tom, co si do setkání přinesl klient. Přitom jsme stále primárně sledovali celkový cíl koučinku. Na

setkáních autorka psala poznámky, které po jeho skončení zpracovala do formy informativního zápisu ze sezení. V případě zájmu bylo možné kopii zaslat i klientům, ti však často preferovali pouze vlastní zápisky. V rámci této studie autorka projektu v průběhu tří měsíců celkem „odkoučovala“ čistých 58 hodin. Pro lepší představu je mezi přílohami zařazena kazuistika mapující podrobně práci s jednou z klientek. Mějme však na paměti individualitu každého klienta a z ní pramenící odlišnosti v práci s nimi.

### 5.3 KONCEPCE VÝZKUMU

V kvalitativní studii se „... *plán výzkumu opírá o to, co známe, a směřuje otevřeným způsobem k tomu, co neznáme*“ (Hendl, 1997, s. 37). V sociálních vědách máme na výběr z několika již zavedených designů, jako je etnografický, biografický nebo akční výzkum, případová a evaluační studie aj. Nicméně dále je zřejmá určitá nejednotnost, jako v případě zakotvené neboli zdůvodněné teorie (grounded theory), kterou někteří odborníci (Hendl, 1997; Miovský, 2006) zahrnují mezi metody analýzy dat, zatímco jiní (Švaříček & Šed'ová, 2007) ji řadí mezi výzkumné designy. Design naší komplexní studie se spíše než zahrnout pod hlavičku jednoho ze zmíněných typů výzkumu dá nazvat slovem pragmatický:

*...kromě toho si řada výzkumníků pro účely svého šetření vytváří ad hoc vlastní výzkumný design, nepoužije tedy žádný z předem připravených balíčků postupů, ačkoli se jimi může inspirovat. Takový přístup, spočívající v autorském nakombinování metod sběru dat a analytických technik, bývá označován jako pragmatický (Švaříček & Šed'ová, 2007, s. 83).*

V jistých ohledech a fázích se blíží některým z ustálených výzkumných konceptů, jako jsou následující:



## Akční výzkum

Zasazením koučinku jako experimentálních expertních rozhovorů doprostřed studie usilujeme o prosazení změny, která by měla proběhnout ještě v rámci výzkumu. Náš projekt splňuje tři Hendlem uvedené zásady tohoto konceptu:

- *Výzkumníci i zkoumaní mají rovnocenné postavení, obě tyto skupiny spolupracují na zásadě rovnoprávnosti. Obě skupiny se stejně podílejí na vyhodnocování a interpretaci výsledků.*
- *Témata zkoumání jsou vztažena k praxi a mají emancipační charakter. (...)*
- *Proces výzkumu je procesem učení a změny. Výzkum a praxe mají jít ruku v ruce. Průběh akčního výzkumu se řídí podmínkami terénu. (1997, s. 57).*

Plní i Miovského podmínky, že „... *nedílnou a významnou součástí akčního výzkumu je zpětná vazba spočívající v dopadu výsledků výzkumu na zkoumané osoby. (...) Akční výzkum se zaměřuje především na popis, srovnávání a zkoumání podmínek a působení různých forem sociálního a psychologického jednání*“ (2006, s. 105). Dá se i říci, že téma mé studie je vztaženo ke konkrétnímu společenskému problému, jakým kouření rozhodně je. Nicméně nezkoumali jsme účastníky studie vysloveně v terénu, jak akční výzkum vyžaduje, data jsme shromažďovali v poměrně „umělé“ situaci pokusného koučinku, který probíhal zdarma.

## Případová studie

Naše zaměření na jednotlivce, kterého jsme měli možnost po dobu tří měsíců intenzivně sledovat, poznávat ho, pozorovat jeho růst a hovořit s ním vykazuje podobnost s **případovou studií**, kterou bychom mohli nazvat také „mnohopřípadovou“ (Hendl, 1997, s. 45). Můžeme ji zařadit na pomezí **exploratorní případové studie**, mající obecně za cíl „... *prozkoumat neznámou strukturu případu a působící vztahy, definovat hypotézy, otázky nebo dokonce navrhnout teorii a připravit tak půdu pro další výzkum.*“ (Hendl, 1997, s. 40) a **testovací případové studie**, která se snaží „... *pomocí navržené teorie zdůvodnit mechanismy, které lze*

*u případu identifikovat, důraz je však kladen na testování adekvátnosti teorie“ (Hendl, 1997, s. 41). Podle Miovského (2006) „... není podstatné, zda při práci na případové úrovni používáme a kombinujeme kvantitativní a kvalitativní metody, podstatné je to, že objektem našeho zájmu zůstává případ“ (s. 94) a její strategii lze charakterizovat jako „... využitelnou ke zpětné kontrole výsledků dosažených prakticky jakýmkoli výzkumnými psychologickými metodami a postupy, kdy platnost těchto výsledků ověřujeme na případové úrovni“ (s. 95). Ještě pravděpodobnější je pojetí, že „případem“ naší studie nebyl proband, ale koučinkový program. Takový výklad umožňují všechny výše zmíněné zdroje. Protože v době vzniku této studie nebyla dostupná žádná data k využití koučinku při odvykání kouření, pokud jsme se v tématu chtěli zorientovat, bylo zapotřebí vyvinout rozsáhlou vlastní aktivitu v této oblasti a jako součást naší studie zařadit koučování probandů, aby měli následně možnost o něm vypovídat. Záměrem bylo zjišťovat použitelnost metody, které její aspekty mohly hrát roli, zda vůbec měla jako celek smysl při odvykání kouření, proto jsme se rozhodli nepřistoupit k prezentaci dat formou devíti ucelených kazuistik, ale spíše se na základě dobrého povědomí o individualitách probandů zaměřit na procesuální stránku koučinkového programu. Jedna ukázková kazuistika je nicméně součástí této práce (kap. 8).*

### **Kvalitativní evaluace**

Podle dostupné literatury je v psychologii poměrně novým typem výzkumného projektu, který Hendl (1997) spojuje spíše s výzkumem pedagogickým, **kvalitativní evaluace**, jejíž známky naše studie zejména ve své poslední fázi nese. Především její **formativní podtyp** je charakterizován Miovským takto:

*V případě formativního přístupu v evaluaci je hlavním cílem výzkumného projektu přinést taková data, prostřednictvím jejichž analýzy získáme informace potřebné k nalezení silných a slabých stránek předmětu našeho výzkumu a budeme schopni formulovat doporučení ke zlepšení. Znamená to, že výsledkem výzkumného projektu je kromě samotného nálezu, kde a proč se nacházejí silné a slabé stránky, také to, jak s nimi dále pracovat a jaké strategie*

*a proč se jeví jako efektivní pro další zlepšení a rozvoj předmětu zkoumání (např. výcvikového kurzu sociálních dovedností) (2006, s. 116).*

Ve světle toho, že naše studie pracuje s takovým navrženým programem, jímž je koučink odvykajících kuřáků, bylo užitečné zamyslet se nad ní také z hlediska tohoto typu výzkumného plánu.

### Shrnutí

V důsledku je zřejmé, že z důvodu velkého rozsahu naší studie není možné ji jednoduše přiřadit k jediné kategorii. I vzhledem k tomu, jak rozdílnou typologii výzkumu různí autoři uvádějí, nepovažujeme za zcela zásadní vtěsnat celý rámec projektu do jediné, zcela určitě nedostatečně přiléhavé formy. Jako mnohem důležitější vnímáme její originalitu, inovativnost a kreativitu na bázi počáteční existence přehledného výzkumného designu, který zahrnuje srozumitelnou strukturu, vhodné metody sběru dat v každé etapě a jejich poctivou interpretaci - kritéria, která se nám jistě podařilo naplnit. Můžeme ji tak vnímat jako pilotáž pro rozsáhlejší studii, kterou by bylo třeba realizovat ve větším výzkumném týmu.

## 5.4 POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT

V našem výzkumném projektu, který zahrnoval etapu diagnostickou, koučinkovou a evaluační, se uplatnily tři typy nástrojů sběru dat.

### Diagnostická fáze

Přibližně devadesátiminutové vyšetření, které proběhlo na samém počátku výzkumné spolupráce, zahrnovalo dvě na české populaci ověřené dotazníkové metody (FTND, BDI-II), jeden u nás doposud nezavedený inventář (WISDM-68) a polostrukturovaný rozhovor nazvaný „kuřácký assessment“, sestavený autorkou výzkumu.

- **FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)** je podrobně popsán v teoretické části práce (kap. 2.3.4) a jeho kopie je součástí příloh. Pro účely našeho porozumění později zmíněnému nálezu je významné, že obsahuje šest položek a je možné v něm skórovat od 0 do 10 bodů, přičemž 0-1 bod se interpretuje jako žádná nebo slabá fyzická závislost, 2-4 body znamenají střední stupeň a dosažení 5 a více bodů silnou fyzickou závislost na nikotinu (Králíková, 2004). Dotazník byl nejprve předložen probandům před zahájením koučinku, kdy vypovídal nejen o stavu jejich fyzické závislosti, ale i návycích, s nimiž v roli klientů do procesu vstupují, a znovu po třech měsících společné práce. V této fázi srovnání obou skóre i jednotlivých sytících položek přineslo nejen kvantitativní, ale především kvalitativní zprávu o tom, jakým způsobem se závislost u daného probanda za uplynulé období vlivem koučinku (a jistě i mnoha nepostižitelných faktorů) proměnila.
- **BDI (Beck Depression Inventory)** ve verzi BDI-II je screeningovým nástrojem, který se opírá o 21 verbalizovaných sebesposuzovacích škál, hodnocených 0-1-2-3. Klade si za cíl určit aktuální hloubku deprese u pacientů, kteří již byli diagnostikováni, ale také její současné symptomy detekovat u normální populace. Při jeho administraci, jejíž velkou výhodou je rychlost (netrvá déle než několik minut), je třeba zdůraznit, že se zaměřujeme na období posledních dvou týdnů. Dotazník je hodnocen součtem bodů u jednotlivých položek, přičemž proband může být s 0-13 body nedepresivní, s 14-19 body mírně depresivní, s 20-28 body středně a konečně s 29-63 body těžce depresivní. Naši probandi se umísťovali v prvních třech kategoriích, žádný silně depresivní jedinec v souboru nebyl. Nástroj byl přizpůsoben pro českou populaci Preissem a Vacířem (1999). V naší studii byl pro svou dobrou deskripci specifík konkrétní deprese využit na doporučení lékařek z Centra pro léčbu závislosti na tabáku, kam bylo možno probandy s nálezem závažnějšího stupně deprese doporučit. Pro jeho rozšířenost jeho použití mezi odbornou veřejností a dobrou dostupnost bylo rozhodnuto o nezařazení záznamového archu jako součást příloh.

- **WISDM-68 (The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives)**

V našich podmínkách doposud nezavedený inventář, jemuž se věnuje obsáhlá kapitola 2.4 v teoretické části práce, byl autorkou projektu přeložen do českého jazyka a tato verze výzkumně zařazena do programu počátečního „diagnostického“ sezení a pro srovnání také znovu po tříměsíčním koučování a po následném šestiměsíčním období bez koučinku. V závěrečném sezení byly nálezy diskutovány s klienty, kteří dostali možnost porovnat kvalitativní zhodnocení posunu na základě vlastní zkušenosti a rozdílů ve skórování v tomto inventáři na počátku a na konci našeho setkávání. Další zajímavé výsledky přineslo poslední, třetí měření. Všechna data, získaná jeho prostřednictvím, pojednává kapitola 7.2.3. V příloze uvádíme pro přesnost kromě původního anglickojazyčného záznamového archu i přeloženou českou verzi, kterou dostávali probandi k vyplnění. Výsledek dlouhodobé práce s tímto nástrojem ilustruje kapitola 7 (Interpretace dat) a 8 (Kazuistika).

- **„Kuřácký assessment“**, - polostrukturovaný dotazník vytvořený autorkou studie, který se stal podkladem pro **individuální rozhovor** s každým subjektem, byl sestaven z převážně otevřených otázek k šesti s kouřením souvisejícím tematickým okruhům:

- informace o zdravotním stavu a životním stylu
- informace o užívání tabáku
- připravenost přestat kouřit
- motivace
- minulé pokusy přestat kouřit
- faktory spojené s odvykáním.

Funkce, kterou assessment v celém procesu plnil, byla zejména anamnestická, umožnil každého probanda před zahájením fáze koučování dobře poznat a navíc zjistit, zda není třeba spolupracovat s lékařem. Tento nástroj poskytl přesné a důležité informace o probandově psychickém a somatickém zdraví a lifestyleových návycích, o intenzitě, délce, frekvenci a dalších specifických jeho kuřáctví, o faktorech působících na jeho motivaci přestat včetně zkušeností

z minulých pokusů, podpory okolí, obav a bloků, bránících mu uspět v odvykání a zároveň i další zdroje, na které jsme mohli navázat při následném koučinku jedinečném pro každého klienta. Celý podklad pro tento rozhovor je součástí příloh.

### Koučinková fáze

Etapa samotného koučování by se dala označit jako reciproční: klient - proband dostával zdarma službu avizovanou jako účinnou při zvyšování motivace obecně, zatímco kouč - výzkumník měl možnost probanda při opakovaných setkáních pozorovat, učit se porozumět jeho prožívání a reagovat na jeho individualitu „na míru šitými“ otázkami. Nástrojem sběru dat v tomto období byl tedy sám výzkumník. Specifikem koučování, které v této fázi dominovalo, je právě zaměření na klienty a osobitý přístup ke každému z nich. Proto není nikdy možné generalizovat a uvádět předem soupis kladených otázek, podstatou této metody je **polostrukturovanost na základě schématu** (Miovský, 2006, s. 159) – tím je využití některého koučovacího modelu (v našem případě The GROW, popsany detailně v kap. 1.5.1), jehož principech umožňují identifikovat přibližnou tematickou strukturu otázek.

*U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Máme tak určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána skutečně budou. (...) Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání (Miovský, 2006, s. 160).*

Je však třeba mít vždy na paměti, že ústřední postavou celého procesu je klient, který v podstatě vede nás. To klade velké nároky na koučovu pružnost a schopnost improvizovat, kterou koučink přímo vyžaduje.

I tato fáze nám poskytovala informace o každém klientovi a proto je nesporně nutné mezi metody sběru dat zařadit v ní probíhající **polostrukturovaný**

**rozhovor**, vyplývající z (The) GROW a s ním souvisejících konkrétních koučovacích technik (SMARTER, matice změny, využití metafor, debriefing apod. viz kap. 1.5).

Avšak nepodléhejme mylnému dojmu, že zde snad koučink byl využit jako explorační technika sloužící primárně ke sběru dat. **Hlavním smyslem této fáze bylo představit klientovi koučování a integrovat je do portfolia metod, které při tomto pokusu přestat kouřit využil, abychom mohli posléze jeho přínosy společně vyhodnotit.**

### **Evaluační fáze**

V poslední etapě celého projektu jsme využili některých již výše popsaných technik - opakovali jsme vyplnění FTND a WISDM-68 a kvalitativní porovnání „vstupních a výstupních“ nálezů nám poskytlo příležitost k rozhovoru s klientem o konkrétních dosažených změnách. Diskutovali jsme také některé vybrané otázky z „kuřáckého assessmentu“, zejména ty, které se týkaly zdravotního stavu a životního stylu.

Po posledním setkání byl každému klientovi zaslán odkaz na stránku VyplnTo.cz, kde byl umístěn dotazník zpětné vazby k celému projektu s 25 hlavními položkami. Sběr těchto dat probíhal po dobu dvou týdnů, kdy měli účastníci projektu k dotazníku neomezený přístup. Poté bylo šetření uzavřeno a výsledky interně zpracovány, tzn., že k nim kromě autorky projektu po celou dobu sběru dat ani později neměl přístup. Dotazník zahrnoval otevřené a škálovací otázky a prostor pro komentáře k nim a byl vyplněn všemi devíti absolventy projektu. Nálezy z této fáze považujeme za jedny z nejdůležitějších v rámci celé studie, protože poskytují odpovědi na převážnou část našich výzkumných otázek. Textovou podobu tohoto dotazníku, která však bohužel zdaleka nedosahuje „uživatelské příjemnosti“ své původní webové verze, uvádím v příloze.

Do evaluační fáze řadíme též poslední sběr dat prostřednictvím inventáře WISMD-68, které proběhlo přibližně šest měsíců po ukončení koučinku. Probandi

byli osloveni formou hromadného e-mailu s žádostí o třetí vyplnění daného nástroje, který byl k elektronické zprávě přiložen. Zároveň jim bylo zdarma nabídnuto jedno šedesátiminutové, tzv. udržovací sezení, jehož účelem je zpevnění žádoucího, z předchozího koučinku osvojeného, způsobu uvažování a chování, a někteří z někdejších probandů jsou rozhodnutí nabídky využít. Smyslem tohoto sezení již není přispět k původnímu výzkumu, proto nejsou pro tuto práci jeho průběh a data jeho prostřednictvím získaná významná.

## **5.5 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT**

Získaná data byla vždy zpracována do formy psaného textu s následujícími specifiky.

- Použité dotazníkové metody byly opatřeny vlastními záznamovými archy, s nimiž pracovali probandi přímo.
- Odpovědi na otázky polostrukturovaného interview založeného na „kuřáckém assessmentu“, autorka zanášela v jeho průběhu do vytištěných personalizovaných formulářů (viz příloha).
- V průběhu fáze koučování byly polostrukturované rozhovory se svolením účastníků studie současně stručně zapisovány ve formě poznámek a v zájmu zachování co nejvíce souvislosti neprodleně přeneseny do elektronického záznamu v počítači. Nebyla tedy prováděna jejich doslovná transkripce, ale pouze záznam významných a pro účely koučinku a výzkumu obecně zásadních momentů. Zapisování ve větším rozsahu by bylo, stejně jako pořizování audiovizuálních nahrávek, značně kontraproduktivní k našemu záměru vyvolat v klientech důvěru a přimět je k otevřenému a svobodnému uvažování a vyjadřování, z téhož důvodu nebylo možné zapojit zapisovatele. Stejně tak bychom riskovali újmu na koučově schopnosti pružně reagovat na to, co bylo klientem sděleno. Náš způsob zpracování tímto způsobem získaných dat se nejvíce blíží tomu, který Hendl (1997) označuje jako **shrnující protokol**.



- Údaje zjištěné ze závěrečného dotazníku zpětné vazby byly vyplněny a odeslány probandy elektronickou formou přímo prostřednictvím webové stránky VypInto.cz, kde byly bezpečně uloženy pod ochranou účtu autorky výzkumu, která s nimi pak mohla pracovat v programu MS Excel.
- Záznamy vztahující se ke každému probandovi individuálně byly zpracovány do formy souborné případové studie, obsahující komplexní informace o stavu klienta a jeho progresu ze všech dostupných zdrojů. Ukázková kazuistika je obsahem kapitoly č. 8.

Z důvodu relativní dlouhodobosti a velkého záběru projektu bylo shromážděno v jeho průběhu obrovské množství kvalitativních i kvantitativních dat. Pro zachování požadované formy i přehlednosti práce bylo rozhodnuto přistoupit ke zpracování a následné analýze pouze té části z nich, která se vztahuje k dříve identifikovanému cíli a na jeho základě formulovaným výzkumným otázkám.

Data byla ze stejných důvodů analyzována především deskriptivně za pomoci tabulek, grafů a komentářů.

*Deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze dat je ve svém užším pojetí založen na předpokladu, že procesy třídění, klasifikace a deskripce jsou samy o sobě analytickým postupem a hlubší analýza kvalitativních dat jsoucí za tyto fáze je příliš spekulativní. (...) proces třídění a klasifikace kvalitních dat vyžaduje více než pouhou mechanickou aplikaci předem navržených procedur a že toto zpracování samo o sobě je kreativním procesem. (...) Souhlasit lze také s tím, že kvalitní deskripce může mít velkou hodnotu. Deskriptivní přístup v oblasti analýzy dat tvoří jakousi základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme (Miovský, 2006, s. 220-221).*

Data, která byla k dispozici již před ukončením projektu (tj. například porovnání prvních dvou výstupů z WISDM-68, FTND, některé kvalitativní nálezy z polostrukturovaných rozhovorů a samozřejmě veškerá data z koučinkových sezení

průběžně), byla diskutována ještě s klienty v rámci závěrečného sezení. Mnoho nástrojů bylo možno analyzovat i kvantitativně, což je běžnější pro jejich využití ve výzkumné praxi, nicméně pro naše účely kvalitativní rozbor poskytl mnohem přínosnější a zajímavější nálezy, protože na jejich základě bylo možno hlouběji poznat probandy jako jednotlivce a lépe porozumět tomu, co nám sdělují.

## 6 VÝZKUMNÝ VZOREK

### 6.1 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU

Informace o chystaném projektu nazvaném Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření a o možnosti se do něj přihlašovat byla šířena zejména prostřednictvím těchto čtyř oficiálních kanálů:

- V Referenčním centru léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze na Karlově náměstí byl po dohodě s lékařkami a schválení návrhu výzkumu přednostou kliniky prof. MUDr. Svačinou a etickou komisí VFN umístěn informační plakát a letáky (viz příloha)
- Česká koalice proti tabáku o.s. na svých webových stránkách bezcigaret.cz vyvěsila oznámení o projektu na úvodní straně.
- V interní uzavřené skupině Studenti psychologie FF UK na facebooku, která měla v době výběru výzkumného vzorku 321 členů, byla oznámena žádost o šíření nabídky zařazení se do projektu mezi studenty a jejich známé a přátele, kteří si přejí přestat kouřit.
- Na osobní webové stránce autorky projektu ([www.expertkouc.cz](http://www.expertkouc.cz)) byl vyvěšen odkaz na elektronický informační leták a kontaktní e-mail, jehož prostřednictvím se realizovalo přihlašování.

Ve výsledku se přihlásilo 18 zájemců, jimž byl všem e-mailem zaslán informační leták a nabídnuty čtyři alternativní termíny informační schůzky, na kterou se čtyři původní zájemci o účast z časových nebo jiných důvodů nedostavili a další dva vyjádřili nesouhlas se zařazením do výzkumu a nebyli proto do studie přijati. Ostatních 12 osob se stalo probandy této studie.

Výzkumný vzorek byl sestaven z vybraných příslušníků základního souboru, jímž byli ***kuřáci odhodlaní během následujících šesti měsíců přestat kouřit***, na základě kombinace samovýběru a záměrného výběru přes instituci (tedy

Centrum pro léčbu závislosti na tabáku). Probandi získali prostřednictvím některého z výše zmíněných zdrojů informací o konajícím se projektu a z vlastní iniciativy se přihlašovali. V případě samovýběru je pro nás zásadním, že:

*... se jedná o situaci, kdy více potenciálním účastníkům výzkumu nabídneme možnost se do výzkumu zapojit a je na jejich volbě, zda tak učiní, či nikoliv. (...) musejí aktivně projevit svůj zájem zapojit se do výzkumu, nikoli pouze souhlasit s přímou nabídkou k účasti (Miovský, 2006, s. 133).*

Kritériem výběru bylo výše zmíněné rozhodnutí přestat kouřit v následujícím půl roce a vzhledem k zaměření studie z důvodů právně-etických i věk nad 18 let. Nebylo již specifikováno, o kolikátý pokus o odvykání se má jednat, kolik let a cigaret denně mají zájemci kouřit atd. – cílem bylo získat nikoliv nutně reprezentativní, ale zejména heterogenní vzorek. Téma výběru výzkumného vzorku elaborujeme v kapitole 9 - Diskuse.

## **6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU**

Ze všech 18 přihlášených bylo do výzkumného vzorku zařazeno celkem 12 osob žijících v Praze, z nich 4 muži a 8 žen. Z celkového počtu probandů nicméně 3 svou účast ve výzkumu ukončili předčasně (tzn. po méně než šesti výzkumným plánem požadovaných setkáních), důvodem byla subjektivně vnímaná náročnost projektu (proband č. 12), neshoda v časových možnostech (č. 11) a v jednom případě zůstal důvod neznámým, když překvapivě s klientkou (č. 10) po čtyřech úspěšných setkáních nadále nebylo možno navázat žádnou formou spojení (telefon, e-mail, facebook). Tito probandi jsou uvedeni na pravé straně v tabulce č. 2 (charakteristika výzkumného vzorku, viz dále), nicméně verbalizovaný popis souboru jejich data nezahrnuje.

Z údajů sdělených v průběhu polostrukturovaného interview v počátečním, „diagnostickém“ sezení a z vyšetření FTND a BDI-II jsem získala o výzkumném souboru devíti probandů následující informace:

Skupina zbývajících výzkumných subjektů ( $n=9$ ), kteří projekt dokončili, zahrnovala **2 muže a 7 žen ve věku od 20 do 44 let** (aritmetický průměr  $\bar{x}$ , medián i modus = 28, směrodatná odchylka  $s = 7,22$ ). Všichni účastníci studie měli přinejmenším ukončené středoškolské vzdělání a nejčastěji byli buď právě studenty některé vysoké školy či jejími absolventy.

**Dosažený skór ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti** varioval mezi **0-6** ( $\bar{x} = 2,11$  a  $s = 2,03$ ), tedy mezi velmi nízkým a vysokým stupněm fyzické závislosti na nikotinu. Dosažený skór v Beck Depression Inventory BDI-II (medián – 4,  $\bar{x} = 7,56$  a  $s = 8,19$ ) vypovídal o tom, že většina skupiny probandů byla nedepresivní, jedna osoba (proband č. 5) mírně depresivní a jiná osoba (č. 3) středně depresivní - ta byla na základě tohoto nálezu a na vlastní nezávislou žádost odkázána na lékařskou intervenci, v projektu nicméně úspěšně pokračovala.

Všichni probandi (a to dokonce včetně tří, kteří skončili předčasně) **začali kouřit pravidelně před dosažením 18. roku věku** (průměrný věk první cigarety = 13,11 let s odchylkou  $s = 2,71$ ), což částečně odpovídá světovým statisticky podloženým zjištěním (tedy, že 90% kuřáků začíná před 18. narozeninami, nicméně obecně uváděný věk první cigarety je 10 let), prezentovaným v teoretické části této práce (viz str. 39). Dva z probandů poprvé kouřili dříve než v desátém roce života (č.3 a 9). S pravidelnou cigaretou v ruce strávili doposud **od 5 do 26 let** (s mediánem 10 let a průměrem 11,88 a  $s = 6,68$ ), nejčastěji kouřili v průběhu celého dne a to v průměru **od 2 do 20 cigaret** (s mediánem 7 cigaret, průměrem = 8 a  $s = 5,43$ ) denně.

V našem výzkumném vzorku dva probandi (č. 7 a 8) uvedli nulu jako svůj minimální počet denních cigaret, nicméně všichni ostatní **potřebovali každý den**

**přinejmenším 1 až 5 cigaret** (medián = 2,  $\bar{x} = 2,11$ ,  $s = 1,9$ ), přičemž první z nich **kouřili po 15 minutách až 12 hodinách po probuzení** (s mediánem dvou hodin). Naprostým „kuřáckým rekordem“ ve skupině bylo 40 cigaret vykouřených v průběhu jednoho dne, nejnižší hodnotou v této kategorii pak 13 cigaret (medián = 20,  $\bar{x} = 26,44$ ,  $s = 11,18$ ).

U žádného z probandů se **nejednalo o první pokus přestat kouřit**, nejčastěji o to nyní usilovali potřetí (s odchylkou  $s = 1,94$ ). Ve společné domácnosti s dalším kuřákem (spolubydlicí, partner, rodič, sourozenec) žili 4 z nich, většinou se však kouřilo pouze v oddělených místnostech (například vlastní pokoj) nebo mimo obytné prostory (na balkoně, na chodbě). Domácnosti ostatních probandů byly zcela nekuřácké.

**Míra důvěry ve vlastní schopnost přestat při tomto pokusu kouřit** se na škále od 1 do 10, kde 1 znamenala „nejméně“ a 10 „nejvíce“, pohybovala mezi 6 a 9, s nejčastější hodnotou 7 a směrodatnou odchylkou  $s = 0,97$ . Pro každého probanda však číslo mohlo vyjadřovalo jinou, individuálně podloženou míru, proto bylo žádoucí posléze pro upřesnění a vzájemnou kalibraci požádat o verbalizaci odpovědi.

V následující tabulce (č. 2) uvádíme souhrn popsanych údajů v přehledné podobě s následující legendou. Probandi, kteří projekt nedokončili, jsou pro zajímavost uvedeni v šedé zóně na pravé straně tabulky (č. 10, 11, 12):

klient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
pohlaví	M	Ž	Ž	Ž	M	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	M	M
věk	29	22	28	34	28	25	24	20	44	24	32	33
vzdělání	vš	vš	vš	Mgr	Bc	Bc	Bc, vš	vš	Mgr	VOŠ	SŠ	Bc
FTND	1	3	1	4	3	6	0	0	1	0	5	8
BDI	2	1	26	6	16	6	4	4	3	8	9	0
věk 1.cg	16	12	10	13	15	14	16	14	8	18	13	11
kouří let	10	7	13	19	10	10	7	5	26	3	16	18
kdy	V	R,V	O	O	O	O	V	O	O	V	O	R
cg/d	5	10	7	10	10	20	2	3	5	5	15	30
1.cg po	12h	>1h	>2h	45m	15m	20m	>12h	>4h	2h	>2h	1h	3m
min cg	1	2	1	5	5	3	0	0	2	0	8	20
max cg	40	20	40	13	20	30	40	15	20	10	40	60
pokus č.	3	2	5	3	8	2	4	3	2	2	2	3
doma	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
věří	6	7	8	7	8	7	6	9	7	8	10	7
setkání	8	9	9	9	8	9	9	8	9	5	4	3

tabulka č. 3 – charakteristika výzkumného vzorku

### Legenda k tabulce č. 3:

- **pohlaví:** M - muž, Ž- žena
- **vzdělání:** SŠ - ukončené středoškolské, VOŠ - ukončená vyšší odborné, vš - studuje vysokou školu, Bc - ukončené bakalářské studium, Mgr - ukončené magisterské studium
- **FTND:** dosažený skóre ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti (1-10 bodů)
- **BDI:** dosažený skóre v Beck Depression Inventory (0-63 bodů)
- **věk 1.cg:** věk první cigarety
- **kouří let:** kolik let doposud pravidelně kouří
- **kdy:** může identifikovat denní dobu, kdy kouří nejvíce? R - ráno, V - večer, O - přibližně stejně v průběhu celého dne
- **cg/d:** průměrný počet vykouřených cigaret za den za posledních šest měsíců
- **1.cg po:** po jak dlouhé době od probuzení průměrně kouří každý den první cigaretu, m - minut, h - hodin, > více než, < méně než
- **min cg:** minimální denní počet vykouřených cigaret - za celou „kuřáckou kariéru“ – kolik cigaret na den minimálně potřebuje
- **max cg:** „kuřácký rekord“, kolik vykouřil nejvíc cigaret za den (častěji noc)
- **pokus č.:** kolikátý pokus přestat kouřit zapojení se do tohoto projektu představuje
- **doma:** žije ve společné domácnosti s alespoň jedním kuřákem?
- **věří:** na škále od 1 do 10, kde 1 znamená „nejméně“ a 10 „nejvíce“, jak moc věří, že právě tentokrát přestane kouřit
- **setkání:** uskutečněný počet setkání celkem včetně informační schůzky a diagnostického sezení



## **7 INTERPRETACE DAT**

Ztotožňujeme se plně s Miovským, když říká, že: „*Nikdy není možné zkoumat a interpretovat bez jakýchkoliv předpojatostí. Vždyť jsme ovlivněni různými faktory, které souvisejí s naší individuální historií a zkušeností a které se promítají samozřejmě také do našeho způsobu uvažování o problému, který zkoumáme,*“ říká Miovský (2006, s. 83). Je jistě zřejmé, že výběr obou témat byl ovlivněn autorčinou dlouhodobou profesní i osobní zkušeností s nimi a to se nutně musí promítat i do zde prezentovaného uvažování o nich. Svým způsobem interpretací je již pouhý výběr citací probandů, který předkládám – i ten má sám o sobě výpovědní hodnotu.

V této části práce byly původně uvedeny podrobné odpovědi na všechny výzkumné otázky a některé zajímavé souvislosti, o nichž jsem se v rámci svého výzkumu dozvěděla. Bylo naprosto nezbytné zde doslovně citovat samozřejmě anonymizované, vybrané výpovědi probandů pro možnost vytvoření si co možná nejpresnějšího obrázku o jejich pohledu na naši problematiku, vyjádřeného jejich vlastními slovy. Jak je však již zmíněno výše, z důvodů konceptuální změny v pojetí práce a jejímu novému zaměření zde nyní uvádíme pouze souhrnný nálezný sestavený z výpovědí probandů a dat vztahujících se k výzkumným otázkám 1-10 (Šmejkalová, 2012). Větší důraz klademe na rozpracování využití inventáře WISDM-68 v koučinku tématu odvykání kouření.

### **7.1 SOUHRN PŮVODNÍCH NÁLEZŮ**

Záměrem celé studie bylo vyzkoušet, jak by se dalo využít koučinku při práci s klienty rozhodnutými přestat kouřit. Na základě výzkumných otázek uvedených ve 3. kapitole jsme dospěli především k následujícím nálezům:

- Probandi do programu Koučování jako podpůrná metoda vstupovali s **očekáváním** pomoci s kognitivní prací na tématu toho, proč kouří, co je k tomu vede, k čemu cigarety potřebují, zvýšení motivace, navzdory poskytnutým informacím i větší direktivity, možnost se otevřeně vypovídat se s někým nezávislým, porozumět si, připravit se na odvykání a na jeho jednotlivé fáze - najít náhražky, zajistit si předem podporu okolí, zvýšit sebekontrolu atd. („... začít to víc analyzovat a uvědomit si, jak to je...“, „...a přijít na to, že to vlastně nepotřebuji...“).
- **Koučink** po absolvování programu vnímali a popisovali jako formu podpory, pomoci s hledáním motivace, cíle a cesty k němu, případně také vedení či doprovázení nezávislou osobou („... podpoření sebe sama v čemkoliv externistou. Cílem není doporučovat best practice, nýbrž řešení má jedinec identifikovat sám, čímž se zvyšuje pravděpodobnost úspěchu“).
- Mezi konkrétní **přínosy použití koučinku při řešení odvykání kouření** často řadili zvědomění a mobilizaci zodpovědnosti, plánování konkrétních kroků, vizualizaci obtížných situací, pravidelnost setkávání a pociťovaný závazek, vyjasnění si cíle a jeho správné definování, systematickosti a umožnění identifikace skrytých příčin kouření a podstaty problému, nenásilnou formu, osobní přístup, detekci možností aj. („... vědomí, že změna je jen v mých rukách, sdílení info o tom, že přestávám s koučem - jakýsi vnitřní závazek, to že společně s koučem hledáme cesty k realizaci mého cíle v běžných podmínkách mého života“). S využitím desetistupňové škály (kde 1 znamená nejméně a 10 nejvíce, viz i dále), s níž jsme pracovali po celou dobu našeho setkávání, a tedy kterou důvěrně znali, měli probandi po jeho skončení odhadnout přínos koučování při odvykání kouření (viz graf č. 1):



graf č. 1 – jak moc probandům subjektivně pomohlo koučování při odvykání kouření

Klienti byli také požádáni o zvážení **výhod a nevýhod využití koučování při odvykání kouření**. Znovu bylo otevřeno téma subjektivně vnímané nedirektivity koučinku při řešení závislosti, mezi dalšími nevýhodami se objevila i otázka vyšší ceny koučinku (v případě našeho programu, který byl poskytován zdarma, spíše teoretická), která je však obratem zodpovězena návrhem zužitkování peněz ušetřených za cigarety. V koučinku se projevuje efekt, díky němuž začínají klienti provádět činnosti, které jsou jeho předmětem, vědomě. Zřejmě stojí za úvahu, není-li pro některý typ klientů, kteří si stanovují cíl ve znění „přestat kouřit“, vhodnější jít jinou cestou než prostřednictvím zvědomování - to může být alespoň v prvních chvílích, kdy nechtějí, aby se jim kouření připomínalo, aby na ně mysleli, kontraproduktivní. Výhod klienti uvedli více – identifikace podstaty problému, nenásilná forma, která většině probandů vyhovovala, osobní přístup, otevření možností aj.

- Mimo dopadu na odvykání kouření probandů se projevily v době trvání programu **změny týkající se životního stylu**. Omezení **pití kávy**, často pro její asociaci s kouřením zejména v ranních hodinách a při práci, bylo jedním z těch nejvýraznějších. Jejím vynecháním alespoň po dobu nejakutnějších abstinčních projevů klienti zamýšleli rozvázání této spojitosti s cílem zvýšení pravděpodobnosti úspěchu přestat kouřit. Někteří se plánovali k jejímu pití posléze vrátit, až si budou jistější svou schopností vydržet nekouřit, jiným nechyběla nebo stačila v malém množství.

Podobný nález se týká **alkoholu**, k redukci jehož užívání došlo zejména u těch probandů, kteří měli kouření silně spojeno se sociálními aktivitami (večírky, posezení s přáteli apod.). Z důvodu zmírnění nebezpečí ztráty kontroly i pnutí, které v nich nekouření na obvyklých místech (bar) a se známými lidmi (dalšími kuřáky) a při navyklé činnosti (pití alkoholu) vyvolávalo, tyto aktivity na dobu předběžně neurčenou často záměrně či podvědomě omezili. Výčet doplňuje zvýšení množství konzumované zeleniny, ovoce, větší objem sportovních aktivit, celkový pocit ozdravení, změna v oblastech trávení volného času a zájmů, vztahů a také kognice.

- Cíle probandů, které byly definovány s ohledem na metodiku SMARTER, v první fázi klienti pocíťovali jako závazné, nicméně postupem času se jejich vnímaná důležitost snižovala. Jak bylo uvedeno, jedním z kritérií výběru do našeho programu bylo rozhodnutí v dohledné době přestat kouřit. Odvykání jsme považovali za téma našeho setkávání, neznamená to však, že by klienti byli nuceni přestat kouřit před skončením projektu. Ten mohli využít i k přípravě na tuto zásadní změnu v dosavadním životě. Zasáhli jsme velmi heterogenní skupinu klientů, jejichž cíle se navzájem odlišovaly („9.5. se stát nekuřákem a natočit filmový deník o svém odvykání“, „dostat se v příštích třech sezeních v motivaci ze 7 na 10 a pak přestat kouřit úplně s kontrolními body tři a šest týdnů“).
- Z dalších prostředků k podpoře dosažení cíle probandi využívali paipo, elektronickou cigaretu, nástroje substituční nikotinové terapie (žvýkačky, inhalátor, náplasti) a jejich kombinace. Také jim pomáhalo osvojit si relaxační techniky, sportovat, konzumovat zeleninu a ovoce, pít hodně vody, tužka v ruce ke třmání a okusování, žvýkání žvýkaček, lízání lízátek a mnoho dalších, individualizovaných technik.  
 Zkušenosti s farmakologickou podporou ve formě bupropionu a vareniklinu získaly dvě klientky - Wellbutrin byl u jedné z nich využit k souběžnému zaléčení depresivních symptomů indikovaných v BDI-II, nicméně po pěti týdnech jej pro návaly vzteku a nesoustředěnosti na vlastní žádost vysadila. Další klientka s vysokým skóre ve FTND (6) zvolila Champix, s jehož účinkem redukce bažení po cigaretě byla velmi spokojená. Popisovala, že když pak v době, kdy již vareniklin účinkoval, zkusila ze zvědavosti kouřit a skutečně jí to nechutnalo a cigaretu zahodila. Přesto byla za jeho užívání vnitřně pužena hazardní pokus několikrát opakovat, vždy v situaci, kdy se ocitla sama mezi kuřáky a nedolala sociálnímu tlaku. V užívání Champixu nicméně dál pokračovala a věřila, jí velmi pomáhá potlačit známky fyzické závislosti.
- Koučink je obvykle veřejností vnímán jako luxusní služba, která zůstává „normálním lidem“ nedostupná. Česká asociace koučů na své webové stránce doporučuje za hodinový koučink následující ceny:

- *cca 1 000 - 3 000 Kč - zřejmě se jedná o cenu za tréninkové koučování u budoucích koučů procházejících odborným výcvikem, v jiném případě podezřelá cena a pravděpodobně nejde o profesionální koučování*
- *cca 3 000 - 6 000 Kč - cena běžného profesionálního kouče*
- *nad 6 000 Kč - velmi zkušený, špičkový kouč*
- *ceny za koučování vyšších manažerských pozic: zpravidla od 4 000 Kč (ČAKO, 2012c).*

Bezplatnost programu byla velmi významným faktorem rozhodování o účasti pro 4 probandy, pouze pro jednoho byla nepodstatná. Tento proband se rozhodl za službu platit v plném rozsahu.

- Pět z devíti probandů nicméně uvedlo, že by se do programu nepřihlásili, pokud by nebyl nabízen zdarma. To mohlo souviset s jejich věkem a postavením (studenti) i se způsobem, jakým byli do projektu vybíráni, mělo to však jistě vliv i na složení souboru probandů - mnozí z nich by se nestali jeho součástí. Může to také znamenat, že stav jejich rozhodnutí přestat kouřit a jejich motivace byly na jiné úrovni než u těch, kteří (by) za službu platili, což v důsledku jistě zásadním způsobem ovlivňuje úspěšnost společné práce. Je nicméně možné, že efekt zvýšení motivace pracovat na cíli pomocí vysoké platby zde zastoupil u některých klientů pocit závazku vůči koučové práci.

To může být pozitivem, avšak také ovlivnit místo kontroly (locus of control) probandů - zodpovědnost vůči sobě samému (a nikoliv pociťovaný závazek k další osobě) by měla být hlavním hnacím motorem každého klienta. „*Myslím, že vliv na motivovanost to nemělo. Klidně zaplatím za kvalitní služby. Pokud bych nebyla spokojená, asi bych byla naštvaná, že jsem vyhodila zbytečně peníze. Takhle si mě kouč získal, mohla jsem si službu vyzkoušet, i přesto, že byla služba zdarma, poskytnu koučovi příspěvek a i v budoucnu se na něj určitě obrátím.*“

Za program v tomto rozsahu, s nímž bylo 8 z 9 probandů spokojeno natolik, že by jej doporučili lidem ve svém okolí a 4 z nich jej ohodnotili nejvyšší hodnotou, by byli ochotni platit 2100 - 30 000 Kč, za hodinu koučování 300 - 2100 Kč. Přitom v průběhu programu bylo ušetřeno celkem asi 14 500 Kč. Měsíční hrubý příjem ve skupině probandů varioval mezi 0 a 70 000 Kč s mediánem 15 000 korun.

- Před zahájením projektu, na informační schůzce bylo klientům oznámeno, že se v první den praktické části programu (1.3.2012) autorka chystá po deseti letech také přestat kouřit, a na požádání byli průběžně informováni o jejím progresu. Není standardním postupem, aby kouč procházel takto hlubokou zkušeností společně s klientem. Nicméně bylo jasné, že setrvalé kouření by bylo spíše kontraproduktivním ve vztahu k roli, v jaké autorka vystupovala, navíc empirická zkušenost z odvykání otevřela další neprobádanou dimenzi, která byla částečně beletristicky popsána v původní diplomové práci a v tomto textu byla zařazena do příloh a k některým aspektům, které mohly mít vliv na probandy, se vyjadřujeme dále v diskusi.

Příklad autorky práce – kouče probandi hodnotili jako motivující, zvýšil v očích klientů schopnost její empatie, autorka si získala jejich větší důvěru a její otevřenost stran daného tématu a ochota sdílet vlastní prožitky mohly hrát velkou roli v navázání pozitivního raportu s klientem. *„Rozhodně pozitivní vliv. Kdyby vás v posilovně trénoval tlouštík přikusující stehno od kachny a řval na vás, ať makáte a zhubnete, není to asi příliš profi a motivující. Otázkou je, kdyby byla osoba kouče silný kuřák, mohl by jít odstrašujícím příkladem.“*

- U probandů převládaly sympatie ke kouči, 7 z 9 jeho osoba maximálně vyhovovala, konkrétně oceňovali příjemné vystupování, odbornost, empatii, přátelskost, dobrou schopnost klást otázky a naslouchat, vstřícnost, inteligenci, smysl pro humor, kreativitu a pohotovost. Oboustranné sympatie v procesu koučinku bývají považovány za zcela zásadní faktor. Ovšem, že kouč jako profesionál má být případně schopen svého klienta přijmout, i kdyby mu třeba docela nevyhovoval jeho styl nebo vystupování, avšak klient, jemuž je služba určena, by se měl s koučem cítit pohodlně a příjemně a neměl by být nucen v sezení, kde se může rozhodovat o důležitých momentech jeho života, plýtvat potřebnou energií na to, aby dokázal kouče vůbec snést.

Asi polovina probandů by uvítala možnost prodloužení programu, zatímco čtyři z nich měli pocit, že ve stávajícím rozsahu byla péče dostačující. Kdyby měli program navrhnout „sobě na míru“, trval by od jednoho měsíce do jednoho roku, zahrnoval by optimálně mezi pěti a osmnácti 45-60 minutových sezení

s frekvencí jednou za 7-21 dní. „Případné prodloužení by bylo vhodné zejména pro ty, kterým by se (dílčí) úspěchy dostavily až ke konci programu a bylo by tak zásadní, aby s nimi ještě někdo nějakou dobu byl a sdílel. Jinak měsíc na rozkoukání, další na plnění závazku a třetí do zálohy = 3 měsíce 1x týdně + bonusy = 12-15 sezení. Za hodinu by se mělo dát stihnout probrat vše potřebné, více není při týdenní periodě třeba.“

- Další zajímavé nálezy zahrnovaly povšimnutí si možné souvislosti větší úspěšnosti koučinku u osob, které se zdály mít vnitřní *locus of control*. Objektivně však tato charakteristika nebyla explorována. Naopak osoby, které cítily velkou míru závazku vůči kouči a vyjadřovaly se často pomocí formulací jako „to nezáleží na mě, to není v mých rukách“ atd., nebyly stejně úspěšné v plnění dílčích cílů. V nejbližší rodině většiny probandů byla osoba závislá na alkoholu.
- V průběhu projektu došlo u všech probandů ke snížení skóru měřeného FTND a počtu denně vykouřených cigaret, ne-li jejich eliminaci, a prostřednictvím WISDM-68 jsme odhalili, že probandi na konci tříměsíčního koučinku již nekouří automaticky, pokud vůbec, „svobodně“ se rozhodují, zda a kdy cigaretu opravdu chtějí, necítí se na tabáku závislí, pociťují větší kontrolu a pokud dosud kouří, více si vychutnávají. Další kapitola se zaměřuje právě na souvislosti těchto nálezů.

## **7.2 ZMĚNY DOTAZNÍKOVÝCH SKÓRŮ**

Jak již bylo řečeno, ústředním motivem naší studie nebylo vyčíslit úspěšnost probandů a potažmo efektivitu koučinkového programu. Vzhledem k povaze použitých metod, jejichž nálezy byly zpracovány, je jejich výhodou možnost interpretovat je rovněž - a trůfáme si tvrdit, že i zajímavěji - kvalitativně.

### 7.2.1 FTND

Následující tabulka č. 4 srovnává vstupní (FTND1, testováno počátkem března 2012) a výstupní (FTND2, konec května 2012) skóry každého probanda ve **Fagerströmově testu nikotinové závislosti**:

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FTND1	1	3	1	4	3	6	0	0	1
FTND2	0	0	0	2	0	0	0	0	0

tabulka č. 4 - srovnání skóru ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti

V téměř všech případech je zřejmá změna. Bylo zcela odstraněno nutkání ranního kouření do 60 minut od probuzení (položka dotazníku FTND č. 1, viz příloha) a u všech klientů souhrnně došlo k výrazné redukci počtu cigaret (položka č. 4), ne-li k jejich naprosté eliminaci ze života klienta, což ukazuje tabulka č. 5 (počet 1 - před zahájením programu, počet 2 - na jeho konci, \* vyjadřuje velmi nepravdělné, příležitostné kouření, číslo za \* určuje, kolik cigaret vykouří při jedné takové příležitosti – tj. v relapsu, avšak vědomém, např. na večírku, kdy si proband „dovolil“ kouřit apod.). Na tomto místě připojujeme k původní tabulce, srovnávající první dvě měření, i nálezy z konce roku 2012, kdy byli klienti společně s žádostí o vyplnění inventáře WISDM-68 dotázáni na jejich aktuální kuřácké chování (počet 3):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
počet 1	5	10	7	10	10	20	2	3	5
počet 2	3	1*	4*	5*	0	3*	1*	3*	1*
počet 3	5	0-5	6	5-10	0	10	0	2	3

tabulka č. 5 - srovnání počtu (denně /\* při jedné příležitosti) vykouřených cigaret před programem, na jeho konci a po 6 měsících od posledního setkání

Uvedený nálezy by mohl mylně napovídat, že došlo pouze k úpravě fyzické nikotinové závislosti, k jejímu zmírnění, což by ovšem při dané občasné aplikaci



nikotinu do organismu nemělo být možné. Dokážeme snad kontrolovat svou závislost? Některé nálezy vyplývající ze srovnání výsledků dvou šetření inventářem WISDM-68 napovídají, že probandi skutečně mohli získat nad závislostí kontrolu, která jim umožňuje mírnit její projevy, jako je zvyšující se počet vykouřených cigaret, kouření záhy po probuzení, zvyšování automaticity kouření i při klesajícím chuťovém uspokojení z něj apod. Výkyv patrný mezi druhým a třetím měřením bude diskutován společně s nálezy inventáře WISDM-68 v kapitole 7.2.3.

### 7.2.2 WISDM-68

Tabákovou závislost multidimenzionálně pojímající inventář, podrobně popsany v kapitole 2.4 v teoretické části práce, který využívá sedmistupňových škál (1 – „vůbec mě nevystihuje, nesouhlasím”, 7 - „naprosto mě vystihuje, souhlasím”) u 68 položek, je rozhodně vynikajícím nástrojem pro účely kvalitativní analýzy. Dává nám možnost posoudit, v jaké oblasti leží hlavní motivy kuřákovy chování. Tím není myšlen hloubkový rozbor postihující nejnižší úroveň struktury jeho osobnosti, ale jednoduše nás prostřednictvím skóre souhrnně informuje o tom, zda cítí nutkání více kouřit ve stresu nebo při odpočinku, jak moc automaticky kouří, do jaké míry jej ovlivňuje jeho sociální okolí, jak moc mu cigarety vlastně chutnají a voní, jak silným blokem přestání jsou například obavy z přibírání hmotnosti, a o mnoha dalších faktorech, ovlivňujících jeho kuřácké chování a prožívání. Ukazuje nám také, jaká je kuřákovy vazba na cigarety, tj. vlastně, co pro něj představují a co „k nim cítí“.

To vše můžeme získat v přehledné podobě ve formě 13 dílčích skóre, jejichž analýza byla pro každého probanda individuálně provedena po každém ze tří měření, tedy před zahájením koučinku na úvodním sezení, podruhé po třech měsících společné práce na závěrečném sezení a naposledy půl roku od poslední schůzky společně s nabídkou udržovacího sezení, které by zahrnovalo rozbor výsledků. Porovnání prvních dvou skupin skóre, a dokonce i změn na úrovni jednotlivých položek nám poskytuje pevnou základnu pro debatu s klientem v rámci debriefingu na konci programu. Po celkových devíti měsících od prvního setkání měření ukazuje na to, jakými výkyvy klient procházel, a nakonec jeho prostřednictvím můžeme

zjistit, v jakých oblastech snad potřeboval větší míru podpory. Analýzu vstupních dat by bylo užitečné zahrnout do úvodních fází koučování, například při práci na definování cíle a nesnází, jimž můžeme jejich poznáním předcházet.

V původní diplomové práci, kde nebyl prostor pro detailní analýzu všech výsledků z prvních dvou měření, byly prezentovány pouze nejvýraznější souhrnné nálezy, získané od celého souboru probandů. Vztahovaly se především k subškále č. 2, měřící **automaticitu kouření**. Na jejích položkách původně vysoce skórovala (tzn., že označovala nejčastěji nadpoloviční hodnoty 5 - 7, blíží se tvrzení „naprosto souhlasím“) většina probandů. Po skončení programu se tyto hodnoty výrazně přiblížily opačnému stupni škály, a podporovaly tak nález, že probandi vnímali své kouření jako méně automatické (tabulka č. 6 - W1 označuje průměr hodnot odpovědí v dané škále před programem, W2 na jeho konci):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W1	2,4	5,8	5,8	2,6	2,6	5,8	1,8	5,4	4,4
W2	2,4	1,4	1	1	1,4	1,4	1,4	1,6	1
rozdíl	0	-4,4	-4,8	-1,6	-1,2	-4,4	-0,4	-3,8	-3,4

tabulka č. 6 - automaticita kouření (škála č. 3) před programem (W1) a po něm (W2)

K výrazným snížením skóre došlo po tříměsíčním koučinku také u subškály č. 3, která podchycuje **ztrátu kontroly** (tabulka č. 7):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W1	2,75	4,25	4	6	6,25	5,5	2,25	2,5	2,5
W2	2,5	1,5	3,5	5,75	1,25	2	2	2	1
rozdíl	-0,25	-2,75	-0,5	-0,25	-5	-3,5	-0,25	-0,5	-1,5

tabulka č. 7 – ztráta kontroly (škála č. 2) před programem (W1) a po něm (W2)

Zároveň u mnoha probandů, kteří se zatím kouření nevzdali docela, byly patrné změny skóre na subškále č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky, měřící,

jak moc si kouření vychutnávali a případně jím těšili své smysly, např. vizuální percepce kouře, vůně kouře, estetika držení cigarety apod.), a to ve smyslu jeho snížení, ale i zvýšení. To mohlo souviset se zvýšením kapacity k prožitku, které zaznamenali v průběhu koučinku – viz tabulka č. 8:

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W1	4,7	3	3,6	6,17	5,8	6	7	5	5,3
W2	4,5	6,3	1,8	4,5	1	3	4,2	4,33	5,5
rozdíl	-0,2	+3,3	-1,8	-1,67	-4,8	-3	-2,8	-0,67	+0,2

tabulka č. 8 – chuťové a senzorické charakteristiky (škála č. 11) před programem (W1) a po něm (W2)

Rozdíly, které jsme zaznamenali na ostatních subškálách, nebyly rovněž zanedbatelné, pro jejich individuální příznačnost jim však bude věnována pozornost v další, samostatné kapitole 7.2.3. Z komparace výsledků vyšetření WISDM-68 a na jejím základě i následné rozpravy s probandy vyplývalo, že **probandi na konci koučinkového programu dospěli do stavu, kdy:**

- kouří výrazně méně nebo vůbec,
- již ne automaticky,
- ale „svobodně“ se rozhodují, zda a kdy cigaretu opravdu chtějí,
- již se necítí tolik závislí,
- mají pocit větší kontroly
- a případné kouření si někteří více užívají.

Na základě původních dat jsme uvažovali, zda se i v tomto případě projevil dříve zmíněný, v běžných tématech tolik ceněný, efekt koučinku - osvobození se z područí navyklých automatismů za současného zvýšení citlivosti k prováděné aktivitě a snad i prožitku? A pokud by tomu tak skutečně bylo, je taková služba etická a užitečná a má místo v nabídce alternativ intervencí?

Poslední měření následující po půlročním období bez dalšího koučinku přineslo nová, doposud nepředstavená data a vedlo k dalším zajímavým domněnkám.

### 7.2.3 WISDM-68 – PROFILY JEDNOTLIVÝCH PROBANDŮ

V této části práce uvádíme podrobné výsledky všech tří snímání inventáře WISDM-68 jedinečné pro každého z 9 probandů. Pod sebou v řádcích každé tabulky a v grafech prezentujeme jednotlivá měření (W1 –před koučinkem, W2 – po tříměsíčním koučinku, W3 – půl roku po posledním setkání) a ve svislém směru můžeme porovnávat skóry dosažené v jednotlivých subškálách. Grafické znázornění dat je verbalizováno a doprovázeno komentářem. Navzdory číselné podobě jsou data z inventáře WISDM-68 analyzována spíše kvalitativně, s přihlédnutím k nálezům dalších nástrojů, které jsme měli od probandů k dispozici.

Výhodou využití metody WISDM-68 je její časová úspornost – vyplnění netrvá déle než několik minut, jednoduchá administrace a dobrá srozumitelnost, která zaručuje, že rozdílné skóry zaznamenané v jednotlivých subškálách a případně i hodnoty konkrétních položek poslouží k objasnění probandových motivů, zakládajících jeho kuřácké chování a prožitky. Inventář tak snadno může být využit pro úvodní diagnostiku motivace klienta kuřáctví i jako nástroj zpětné vazby sloužící oběma stranám v průběhu setkávání i na konci koučinku.

Vzhledem k tomu, že, jak již bylo uvedeno, není metoda mimo USA doposud standardizována a její český překlad neprošel jazykovou úpravou, bylo by vhodné před jejím extenzivnějším výzkumným využíváním přistoupit k těmto krokům. Způsob, kterým jsme nástroj aplikovali v našem projektu, se od tradičně výzkumného liší především v tom, že jsme data rozebírali zejména kvalitativně a zaměřili se na hledání rozdílů ve skórech každého z probandů mezi jednotlivými měřeními. Neporovnávali jsme tak individuální skóry mezi probandy, ale hlavně položky a subškály, ve kterých došlo u jednotlivců ke změnám v průběhu času. To nám posloužilo jako cesta poznání podstaty klienta kuřáctví, v další fázi k debriefingu na závěr koučinku a data z posledního měření nás informovala o tom, jaký byl celkový průběh devítiměsíčního období, v němž bylo pro 9 našich probandů jedním z hlavních životních témat odvykání kouření.

### Proband č. 1

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	1,6	2,4	2,75	1,4	4,6	2	4,7	3	3,8	2,25	4,7	1	1	35,2
W2	1,8	2,4	2,5	1,4	3,6	2	4,4	2,3	4,2	6,25	4,5	1	1	37,35
W3	1,6	2,8	2,25	1,43	4,4	2,5	3,86	2,83	3,6	2	4,83	3	2,2	37,3

tabulka č. 9 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probanda č. 1

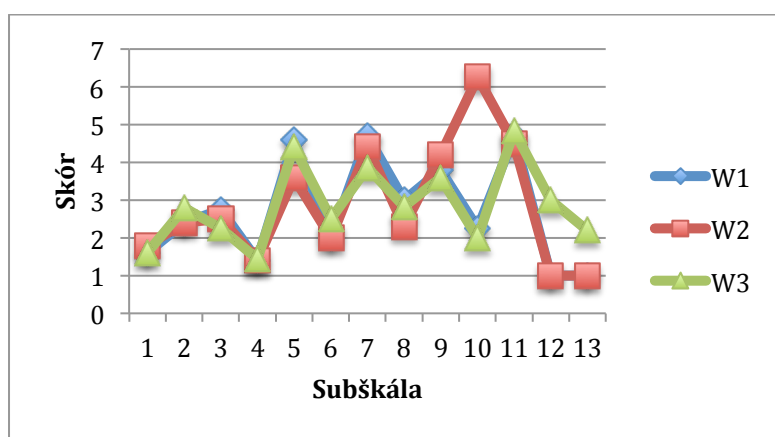
Proband č. 1 dospěl v prvotním měření ke skóre s celkovým součtem přibližně v jedné třetině hodnoty celé sumy (nejvyšší možný součet všech dílčích subškál by byl 91, nejnižší 13). To odpovídalo poměrně nízkému počtu denně vykouřených cigaret (cca 5) i skóre ve FTND (1), indikujícího pouze nízkou fyzickou závislost na nikotinu.

Nejvyšších jednotlivých skóre bylo dosaženo na subškále č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky), č. 7 (expozice podnětu - procesy asociace) a č. 5 (kognitivní posílení). To odpovídalo jeho výpovědi, že má rád chuť cigaret, kouří, aby se mohl soustředit, a je pro něj náročné odolat pokušení zapálit si, je-li vystaven kuřácké situaci nebo i svému vlastnímu rituálu (vždy kouřil po příchodu domů z práce). Naopak pro něj zpočátku nebyly příliš významné motivy jako kontrola hmotnosti (č. 13), tolerance (č. 12) nebo behaviorální volba (č. 4).

Začali jsme tedy pracovat na analýze jeho kuřáckých návyků, abychom identifikovali situace, které u něj vedou k expozici podnětu. Pokoušeli jsme se vyplnit jeho obvyklé večerní posezení s několika cigaretami jinými aktivitami, které byly klientovi příjemné a přitahovaly ho, a zároveň mu poskytovaly podobné uspokojení jako kouření, s nímž se však neměly slučovat. Začal se učit hrát na hudební nástroj a původní „kuřácký koutek“ ve svém bytě transformoval na „hudební“. Hra na kytaru zároveň sloužila jako relaxační technika, kterou využíval k odpočinku, což mu umožňovalo větší soustředění na práci následující den. Pozornost byla věnována také jeho smyslovým prožitkům, spojeným s cigaretami, načež proband začal pěstovat množství čerstvých bylinek, které využíval ve vaření tak, aby jejich vůně byla dominantní složkou pokrmu.

Druhé měření přineslo zajímavé srovnání s původními nálezy. Kromě toho, že se po tříměsíčním setkávání snížily skóry 5. a 7. subškály, došlo také k významnějšímu poklesu na subškále č. 8 (negativní zpevnění), což proband souhlasně vysvětloval tím, že skutečně kouří méně, když se necítí dobře a preferuje jiné aktivity vedoucí ke zlepšení nálady. Zajímavé je prudké zvýšení skóru 10. subškály (sociální pobídky a podněty z prostředí) ze 2,25 na 6,25, což přičítal trávení více času s přáteli kuřáky.

Poslední testování ukázalo, že proband kouří nadále přibližně 3 cigarety denně (stejně jako na konci koučinku), avšak došlo k mírnému nárůstu celkové sumy i skóre některých subškál, což můžeme interpretovat jako zvýšení všímatosti k vlastnímu kuřáckému chování a prožívání, kdy klient sice v rámci období koučinku začal kouřit méně a u tohoto počtu vytrval, ale jeho skóry v inventáři WISDM-68 se zvýšily. Celkovou tendenci napříč třemi měřeními ukazuje graf č. 2:



graf č. 2 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probanda č. 1

Domníváme se, že zařazení obdobně podrobného popisu by bylo u všech dalších probandů nadbytečné a věnujeme se dále tedy především některým individuálně příznačným specifikům jejich profilů WISDM-68.

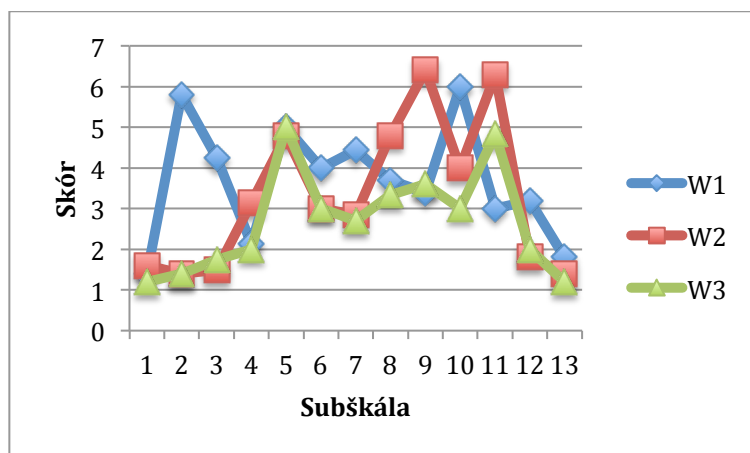
### Probandka č. 2

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	1,4	5,8	4,25	2,14	5	4	4,43	3,7	3,4	6	3	3,2	1,8	48,12
W2	1,6	1,4	1,5	3,14	4,8	3	2,85	4,8	6,4	4	6,3	1,8	1,4	42,99
W3	1,2	1,4	1,75	2	5	3	2,71	3,33	3,6	3	4,83	2	1,2	35,02

tabulka č. 10 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 2

Oproti celkově, ač mírně, vzestupné tendenci u předchozího probanda docházelo u této klientky spíše ke kontinuálnímu poklesu celkové sumy skóre, která byla původně zhruba v polovině její maximální hodnoty. To odpovídá jejímu vyššímu výsledku v úvodním FTND (3) i počtu původně denně vykouřených cigaret (cca 10). V prvním snímání WISDM-68 skórovala nejvýše na subškálách č. 2 (automaticita), č. 7 (expozice podnětu - procesy asociace) a č. 3 (ztráta kontroly). Následovala koučinková setkání směřující ke zvýšení všímatosti k vlastním pocitům a prožitkům skrze poznání momentů, vedoucích k touze po cigaretě. Výsledek znamenal zvýšení pocitu kontroly u probandky a méně automatické kouření, což platilo i při posledním měření.

Zajímavý výkyv ve tvaru střechy zaznamenaly především subškály č. 9 (pozitivní zpevnění), č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky) a č. 8 (negativní zpevnění) – jejich skór byl při počátečním měření zhruba průměrný (kolem 3,5), načež výrazně vzrostl po působení koučinku, aby se opět snížil, v případě subškály č. 8 dokonce pod původní hodnotu, při posledním měření. Zde uvažujeme nad souvislostí tohoto nálezu s průběhem klientčina kouření, který má opačný charakter – z původních 10 cigaret kouřila po třech měsících příležitostně jednou, avšak po půlročním období bez koučinku se její spotřeba opět zvýšila na přibližně 0-5 cigaret denně. Snad by pokračující, například méně častý koučink pomohl tomuto mírnému nárůstu zamezit? Tuto i další tendence můžeme pozorovat v grafu č. 3:



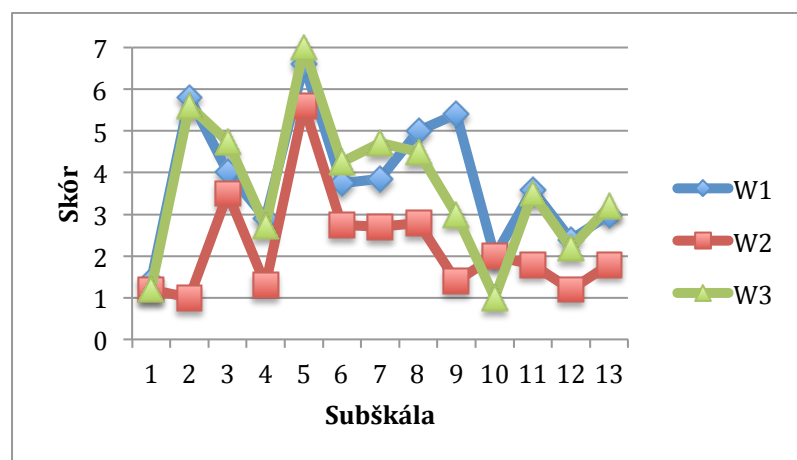
graf č. 3 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 2

### Probandka č. 3

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	1,4	5,8	4	2,9	6,6	3,75	3,85	5	5,4	2	3,6	2,4	3	49,7
W2	1,2	1	3,5	1,3	5,6	2,75	2,7	2,8	1,4	2	1,8	1,2	1,8	29,05
W3	1,2	5,6	4,75	2,71	7	4,25	4,71	4,5	3	1	3,5	2,2	3,2	47,62

tabulka č. 11 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 3

Rozdíly v celkových sumách všech skóre u další probandky (s nízkou fyzickou závislostí vyjádřenou úvodním FTND skórem (1) poukazují pravděpodobně na podobný fenomén, jehož jsme si mohli povšimnout v předchozím případě u počtu denně vykouřených cigaret, zde jej však nacházíme také napříč celým inventářem. Výrazné snížení skóre mnoha subškál bylo v mnoha případech pouze dočasné při prostředním měření po koučování, aby se po období, kdy setkávání již nepokračovalo, skóre opět zvýšily. To se týká především subškál č. 2 (automaticita), č. 8 (negativní zpevnění), č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky) a č. 13 (kontrola hmotnosti), ale i některých dalších. Naopak k výslednému snížení došlo pouze u subškály č. 10 (sociální pobídky a podněty z prostředí). Celý nálezn je potvrzen údaji o počtu denně kouřených cigaret. Probandka začínala se 7 cigaretami, postupně se propracovala k maximálně 4 příležitostně, aby se vrátila k 6 cigaretám denně. Zdá se, že především v tomto případě měl koučink kýžený efekt a jeho ukončení bylo předčasné. Předpokládáme, že jeho prodloužením mohlo dojít k udržení nízkých skóre či jejich dalšímu poklesu.



graf č. 4 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 3



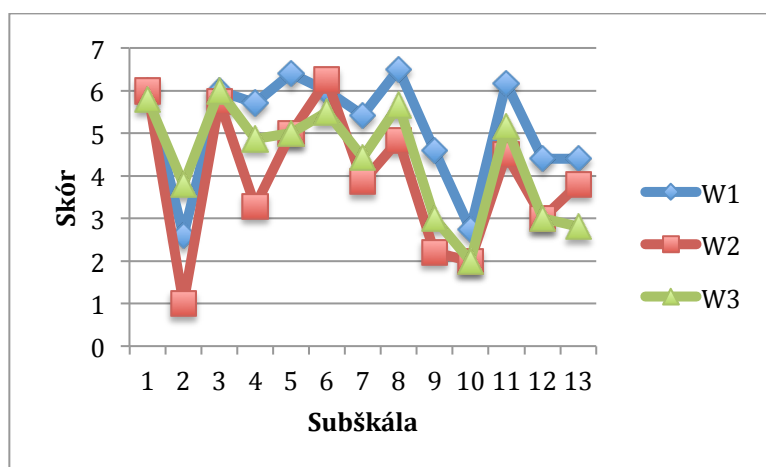
#### Probandka č. 4

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	6	2,6	6	5,71	6,4	6	5,43	6,5	4,6	2,75	6,17	4,4	4,4	66,96
W2	6	1	5,75	3,29	5	6,25	3,86	4,83	2,2	2	4,5	3	3,8	51,48
W3	5,8	3,8	6	4,86	5	5,5	4,43	5,67	3	2	5,17	3	2,8	57,03

tabulka č. 12 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 4

Podobný charakter můžeme pozorovat u profilu probandky č. 4, jejíž úvodní FTND skóre byl jedním z nejvyšších (4) a počet kouřených cigaret, stejně jako v předchozím případě, vykazoval klesavě-stoupavou tendenci (10 – 5\* - 5-10). Také suma všech skóre měla podobný průběh, kdy začínala zhruba ve dvou třetinách maximální hodnoty, tedy jako jedna z nejvyšších z celé skupiny probandů, poté klesla na přibližně její polovinu, aby se opět vrátila o několik hodnot výše.

Hodnoty některých motivů se nicméně snížily a tuto hodnotu si udržely až do posledního měření, například skóre subškály č. 5 (kognitivní posílení), č. 12 (tolerance) a č. 10 (sociální pobídky a podněty z prostředí), či se dokonce dále snižovaly, jako například č. 13 (kontrola hmotnosti). U této probandky nedošlo v rámci žádné subškály k navýšení skóre posledního měření nad počáteční hodnotu. I zde se domníváme, že pokračující koučink mohl přispět k udržení snížených skóre a pravděpodobně i k dalšímu postupu směrem k odvykání kouření.



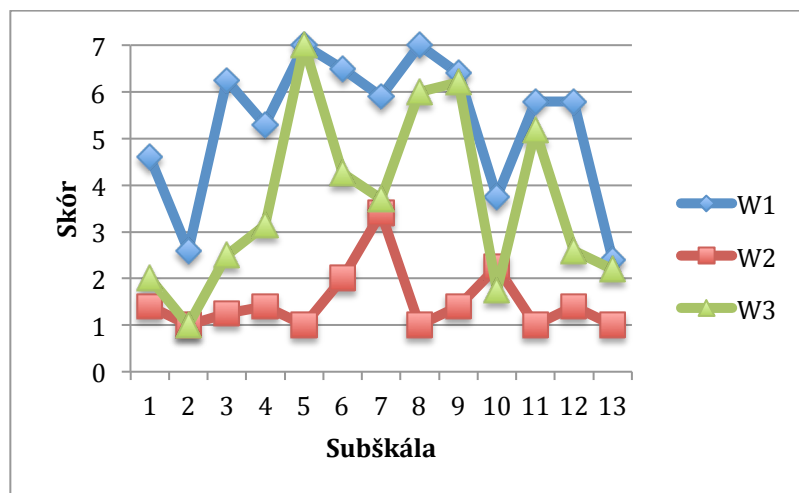
graf č. 5 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 4

### Proband č. 5

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	4,6	2,6	6,25	5,3	7	6,5	5,9	7	6,4	3,75	5,8	5,8	2,4	69,3
W2	1,4	1	1,25	1,4	1	2	3,4	1	1,4	2,25	1	1,4	1	19,5
W3	2	1	2,5	3,14	7	4,25	3,71	6	6,2	1,75	5,17	2,6	2,2	47,52

tabulka č. 13 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probanda č. 5

Proband s nejvyšším úvodním celkovým skóre v inventáři WISDM-68 (a FTND 3) je jediným, který se na konci koučinkového programu dopracoval z původních 10 denně kouřených cigaret k naprosté abstinenci a týž výsledek vykazoval i po dalších šesti měsících. Velmi výrazný posun se projevil především mezi prvním a druhým měřením, kdy došlo ke snížení skóre všech subškál, nicméně u většiny z nich optimistický nález postupem času bez koučinku nevydržel a proband začal znovu kouřit. 10 dní před posledním snímáním však znovu zcela přestal kouřit. Nejistota, způsobená předchozím neúspěchem i zatím krátkým novým obdobím bez cigaret, se jistě odráží ve zvýšení většiny skóre, které jsou nicméně, kromě subškály č. 5 (kognitivní posílení), všechny, a mnohé dokonce výrazně, nižší než před koučinkem. I u tohoto probanda mohlo být další vedení cestou k naprosté a dlouhodobé abstinenci. Pozitivní je další úsilí o nekouření i po prvotním neúspěšném pokusu.



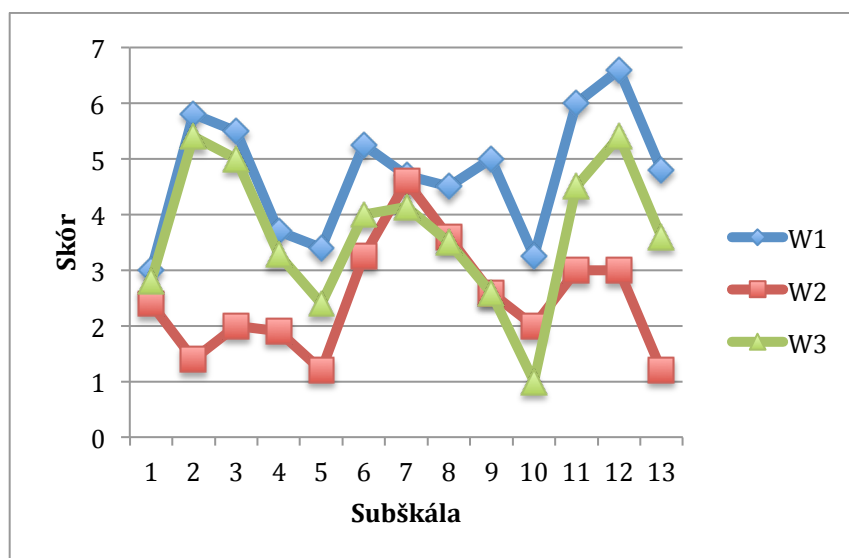
graf č. 6 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probanda č. 5

### Probandka č. 6

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	3	5,8	5,5	3,7	3,4	5,25	4,7	4,5	5	3,25	6	6,6	4,8	61,5
W2	2,4	1,4	2	1,9	1,2	3,25	4,6	3,6	2,6	2	3	3	1,2	32,15
W3	2,8	5,4	5	3,29	2,4	4	4,14	3,5	2,6	1	4,5	5,4	3,6	47,63

tabulka č. 14 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 6

Probandka, již je věnována celá následující kapitola (č. 8 - Kazuistika), začínala s nejvyšším úvodním skóre v testu FTND (6), indikujícím poměrně silnou fyzickou závislost na nikotinu. To se odráželo i v počáteční nejvyšší spotřebě denně kouřených cigaret (20). Její výsledky napříč třemi měřeními inventářem WISDM-68 napovídají podobnou tendenci jako u některých dalších probandů. Poměrně vysoké počáteční skóre (vyšší než 5) nacházíme u mnoha subškál a především u č. 12 (tolerance), č. 11 (chuťové a sensorické charakteristiky), č. 2 (automaticita), č. 3 (ztráta kontroly) a č. 6 (bažení). U těch došlo k přechodnému významnému snížení (stejně jako snížení skóre FTND na 0) a opět zvýšení při posledním měření, nikdy však na úroveň původní hodnoty. Průběh reálného kuřáckého chování osciloval od původních 20 cigaret za den přes příležitostné 3 po skončení koučinku a zpět k asi 10 denním cigaretám po šesti měsících. To jistě souvisí i s předčasným vysazením Champixu, který byl pro klientku nadále finančně neúnosný. Koučink zřejmě mimo jiné přispíval k její komplianci s léčebným plánem.



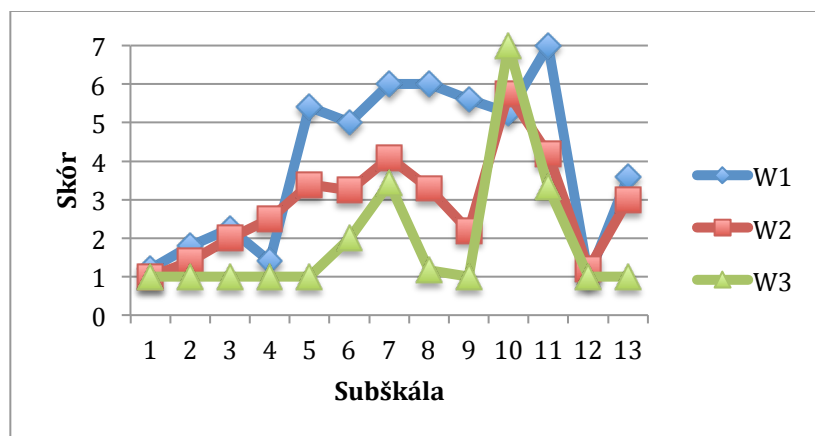
graf č. 7 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 6

### Probandka č. 7

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	1,2	1,8	2,25	1,4	5,4	5	6	6	5,6	5,25	7	1	3,6	51,5
W2	1	1,4	2	2,5	3,4	3,25	4,1	3,3	2,2	5,75	4,2	1,2	3	37,3
W3	1	1	1	1	1	2	3,43	1,17	1	7	3,33	1	1	24,93

tabulka č. 15 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 7

Nápadně klesající tendence skóre v profilu této probandky předznamenává její úspěch v oblasti odvykání kouření. Nepodstatně fyzicky závislá klientka (úvodní FTND skóre 0), sportovkyně, již obtěžovala i tak minimální úvodní spotřeba cigaret, jako byly 2 denně, které však kouřila nutkavě a nedokázala své chování ovládnout, snížila většinu svých skóre již během našeho setkávání (na jehož konci kouřila pouze příležitostně jednu cigaretu). K dalšímu významnému posunu, vedoucímu k dnešní naprosté abstinenci, došlo i v období dalších šesti měsíců. Překvapivým se za popsanych okolností mezi jinak nízkými hodnotami v posledním měření jeví jediný nárůst v subškále č. 10 (sociální pobídky a podněty z prostředí). Tento motiv nebyl na počátku pro klientku natolik závažný jako o devět měsíců později, kdy jej ohodnotila nejvyšším stupněm vyjádření souhlasu. Zdá se, že čím méně kouří, tím svůdnější jsou pro ni podněty ze sociálního okolí, což další probandi nevykazovali. Zajímavé také je povšimnout si, jak vysoké skóre nacházíme v některých subškálách v prvním měření (č. 7, 8, 9, 5, 10, 6). To poukazuje na fakt, že fyzická závislost nemusí být vždy měřítkem dalších motivů kouření. Vysoké hodnoty přiřazené jednotlivým tvrzením vypovídají spíše o subjektivním prožívání a sebehodnocení než o objektivně detekovatelné fyzické závislosti.



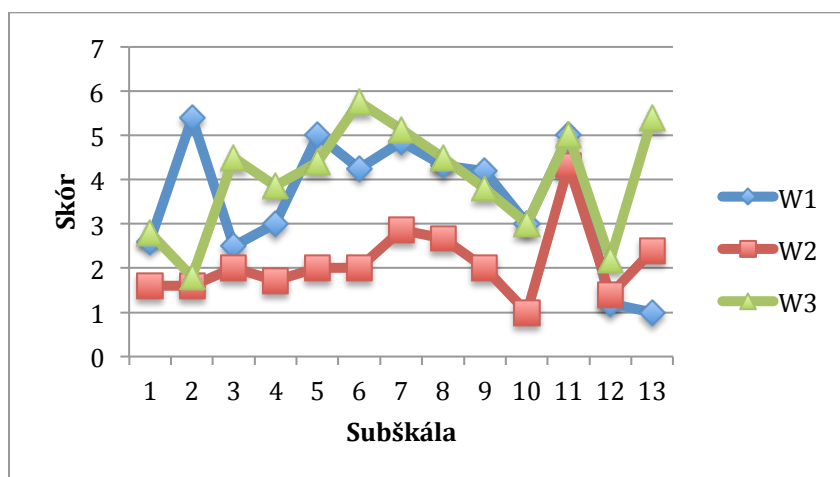
graf č. 8 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 7

### Probandka č. 8

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	2,6	5,4	2,5	3	5	4,25	4,86	4,33	4,2	3	5	1,2	1	46,34
W2	1,6	1,6	2	1,71	2	2	2,86	2,67	2	1	4,33	1,4	2,4	27,57
W3	2,8	1,8	4,5	3,86	4,4	5,75	5,14	4,5	3,8	3	5	2,2	5,4	52,15

tabulka č. 16 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 8

U této probandky jako u jediné z celého souboru došlo k navýšení posledního skóre oproti prvotnímu měření, opět s výrazným poklesem při snímání prostředním. Málo fyzicky závislá (FTND 0) kuřačka původních 3 cigaret denně po skončení koučinku uváděla pouze příležitostné kouření nanejvýš 3 cigaret. Po dalším půl roce se její spotřeba opět vyšplhala ke dvěma cigaretám za den. Některé subškály zaznamenaly výrazné změny, například č. 13 (kontrola hmotnosti), která zpočátku nehrála pro klientku velkou roli, se stala po 9 měsících velmi významnou. Také v subškále č. 3 (ztráta kontroly) vnímáme navýšení oproti počáteční hodnotě. Naopak v subškále č. 2 (automaticita) vykazuje klientčin profil výrazné snížení, což potvrzuje sdělením, že již nemá pocit, že by kouřila bezmyšlenkovitě.



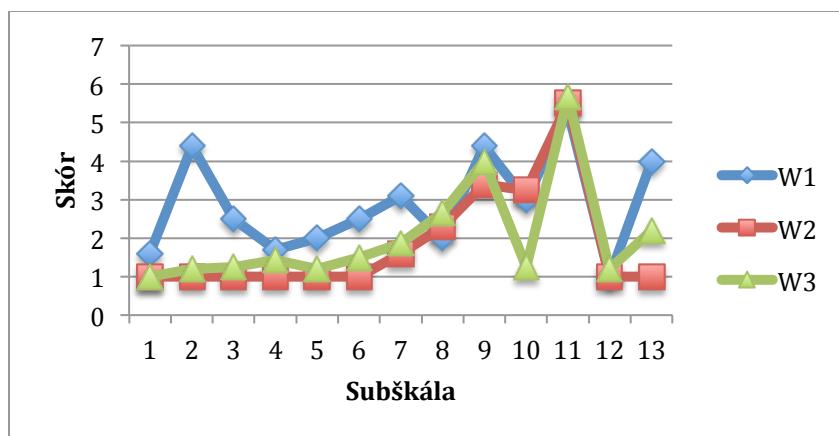
graf č. 9 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 8

### Probandka č. 9

subškála	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	suma
W1	1,6	4,4	2,5	1,7	2	2,5	3,1	2	4,4	3	5,3	1	4	37,5
W2	1	1	1	1	1	1	1,6	2,3	3,4	3,25	5,5	1	1	24,05
W3	1	1,2	1,25	1,43	1,2	1,5	1,86	2,67	4	1,25	5,67	1,2	2,2	26,43

tabulka č. 17 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 9

Mírně závislá (FTND 1) probandka byla jednou z dalších klientů, kteří udělali v rámci koučování výrazný kvalitativní pokrok a dosáhli jeho prostřednictvím svého cíle. Původně nevysoký celkový skóre dokázala v průběhu společné práce ještě snížit, po dalších šesti měsících zaznamenal pouze malé navýšení. Celkově (mezi prvním a posledním měřením) došlo u převážného množství subškál (s výjimkou č. 8 – negativní zpevnění a č. 11 – chuťové a senzorické charakteristiky) ke snížení skóre. Za nejvýznamnější motivy se v souladu s ústní výpovědí klientky daly považovat právě obliba chuti cigaret, ale také pozitivní zpevnění (č. 9) a automaticita (č. 2). V případě druhé subškály se podařilo dosáhnout poměrně stabilního výsledku, kdy klientka již nekouří automaticky. Pozitivní zpevnění a chuťové vlastnosti tabáku nicméně zůstávají v přibližně stejných hodnotách jako na počátku – a vzhledem k založení probandky, která se sama označuje za „pohodového kuřáka“, tedy takového, který cigaretou stvrzuje příjemné chvíle, bychom snížení těchto skóre ani neočekávali. Skutečnost, že odstranila automatické kouření a že se naučila žít bez nadále nepotřebných cigaret (pracovní nebo rodinný stres, běžná přestávka apod.), čímž snížila jejich počet z 5 na 3 denně, probandku zcela uspokojuje, a její cesta za cílem je tímto považována za naplněnou.



graf č. 10 – souhrn skóre v inventáři WISDM-68 u probandky č. 9

### 7.3 SHRNUTÍ

Uskutečněný rozbor jednotlivých profilů nás vede k domněnce souhlasící s výpověďmi probandů, že jim koučink pomohl v odvykání kouření značnou měrou. Ta může být v této fázi kvantifikovatelná pouze na základě jejich subjektivního hodnocení. Nedokážeme postihnout všechny faktory, které ovlivňovaly jejich úspěchy, nezdary i stavy stagnace, a odhlédnout od nich. Zdá se však, že v období, kdy byli koučováni, u všech z nich proběhly přinejmenším v inventáři WISDM-68 zachycené změny, které se velmi často po ukončení koučinku začaly opět minimalizovat, nicméně ani po šesti měsících, tedy období dvakrát delším než byl čas strávený společnou prací, se výsledky většinou nepřiblížily výchozímu stavu.

Nedozvíme se již, jak by průběh jejich kuřáctví vypadal, kdybychom v koučinku pokračovali a setkávali se dalších čtvrt nebo půl roku. Můžeme však usuzovat z náznaků, které máme k dispozici, že koučink přispíval ke kýžené změně a jeho další působení mohlo probandy více přiblížit jejímu dosažení a podpořit je větší měrou na cestě k cíli, který se ve všech případech vztahoval, ač mnohdy kreativním způsobem, k žádoucí abstinenci.

## 8 KAZUISTIKA

### 8.1 Údaje o klientce: M.D.

Pohlaví – žena

Stav – svobodná, ve vztahu

Věk – 25 let

Vzdělání – Bc.

Výška – 167 cm

Povolání – různé pozice, tč.

Hmotnost – 57 kg

nezaměstnaná

### 8.2 Výsledky úvodního vyšetření testovými metodami

FTND – 6 bodů

BDI – 6 bodů

WISDM-68 – nejvyšší skóry dosaženy v subškálách nikotinové tolerance (6,6), chuti a senzorických charakteristik (6), automaticity (5,8), ztráty kontroly (5,5) a bažení (5,25)

### 8.3 Kuřácký assessment

Zdravotní a psychický stav kli hodnotí jako uspokojivý. Od narození trpí atopickým ekzémem a běžnými alergiemi (prach, pyly). V posledních týdnech prožívá významný stres spojený se ztrátou zaměstnání. V pubertě výchovně problémy, užívala antidepressiva kvůli sebepoškozování. Po odstěhování od rodičů se stav upravil. Subj. nevnímá vlastní životní styl jako zdravý – spí 4-8 hodin denně, snaží se jíst ovoce a zeleninu, pije cca 2 litry tekutin denně a cca 3 kávy, asi 1x týdně se věnuje fyzické aktivitě trvající alespoň 20 minut mimo asi 30 minut chůze, kterou provozuje denně. Na škále 1-10 je se svou postavou spokojena na 7 a v poslední době vnímá klesající tendenci. Odpočinku – především tvořivé činnosti a trávení času s přáteli - věnuje až 2 hodiny denně. Denní režim je nepravidelný.

Závislosti – otec se léčil z alkoholové závislosti, přestal kouřit v 35 letech, prarodiče přestali kouřit v 7. deceniu. Kli pije denně alkohol v množství cca 4 dcl vína nebo 2x 0,5 l piva nebo 1x vodka s džusem. Asi 2x měsíčně kouří marihuanu.

Tabák – první cg: ve 14 letech si s kamarádkou koupily cigarety a kouřily na zastávce, tedy jednalo se o plánovanou aktivitu, odměnou byl především pocit dobrodružství. Nyní asi 10 let kouří pravidelně, tzn. cca 15 - 20 slim nebo balených



cg/d. Kouří rovnoměrně v průběhu dne i týdne, méně o dovolené. Nejvíce kouří v posledních 5 letech, maximálně to bylo 30 cg/d. Minimální denní počet cg, který si umí představit, jsou 3 kusy. Obvykle začíná kouřit ráno doma do 30 minut od probuzení. Ve společné domácnosti nežijí další kuřáci. Vadí jí kouření v přítomnosti dětí.

Motivace přestat kouřit vychází především z touhy po čistotě a vůni, vítězství nad závislostí. Chce přestat kouřit v nejbližší době, tj. v příštích 3 měsících. Na škále od 1 do 10 věří, že tentokrát přestane kouřit na 7, což verbalizuje jako „pokusím se přestat kouřit“. Na téže škále je pro ni důležité přestat kouřit na 8. Právě teď se rozhodla vyhledat pomoc odborníka, protože již delší dobu vnímá nutnost přestat, vnímá projekt jako výzvu. Výhody kouření spatřuje v uklidnění, umocnění prožitku, zabavení se při čekání, společenské funkci, uspokojení chutí. Nevýhodou kouření pro ni naopak je zdravotní riziko, zápach, sociální obtížnost, pocit viny vůči matce, omezení v místech, kde se nesmí kouřit, finanční aspekty atd.

Minulé pokusy přestat kouřit - nikdy seriózně nezkoušela, jen na 2 dny aplikovala elektronickou cigaretu, ale postupně se vrátila k tabáku. Potřebu kouřit necítí, když tráví čas s prarodiči. Představuje si, že nekouřit v průběhu celého dne by bylo velmi obtížné (na 8 z 10).

Očekávání od společné práce – zvýšení motivace, podpora, posílení, začít více analyzovat a uvědomit si skutečné potřeby.

#### **8.4 Diagnóza**

Dg.: F17.2 - Syndrom závislosti na tabáku

#### **8.5 Plán**

7 hodinových setkání v průběhu následujících 3 měsíců, kontrola po 6 a případně 12 měsících od začátku spolupráce. První sezení bude především vyplněno definováním cíle a v každém dalším setkání budou nastaveny dílčí cíle a akční plán, vedoucí k přiblížení se cíli celkovému. V závěrečném sezení provedeme debriefing zahrnující opětovné vyšetření testovými metodami a porovnání výsledků. Po skončení setkávání klientka vyplní dotazník zpětné vazby. Kontrola po 6 měsících bude zahrnovat hromadnou elektronickou zprávu s nabídkou individuálního „udržovacího“ sezení a inventář WISDM-68 k závěrečnému vyplnění.

## 8.6 Průběh jednotlivých sezení

### 8.6.1 1. sezení

Kli na první sezení přichází s informací, že si z vlastní iniciativy dělala v předchozích dvou dnech čárky za vykouřené cigarety (15 a 24 cg), přičemž první den zahrnoval asi 4hodinovou pauzu, kdy nekouřila, která snížila celkový počet vykouřených cigaret, zatímco posledních 6 cigaret druhého dne vykouřila v průběhu večera, kdy si vyšla s přáteli. Protože M.D. zapisování zaujalo, domlouváme se na dalším psaní včetně přidání situací, ve kterých sahala po cigaretě, a pocitů, které přitom měla.

V další fázi se věnujeme vytváření cíle, přičemž vycházíme z předpokladu, že se kli zatím necítí připravena přestat a touží po zvýšení motivace. Odjíždí na tři týdny do zahraničí (název konkrétní země byl odstraněn), kde vždy hodně kouří, proto teprve den po návratu stanovuje svým "dnem D".

Kli bude v příštím týdnu kontaktovat psychiatra s žádostí o předepsání podpůrných psychofarmak (přepokládá, že bupropion). Také přestane kouřit uvnitř bytu (zvykla si kouřit zejména u počítače) a přesune se na balkon, který si k tomuto účelu zvelebí, aby se tam více těšila (dnes rovnou zamete, připraví si přezůvky a svetr atd.), a kam odnese z bytu symbolicky popelník. To také ocení spolubydlící nekuřáci, dalším pozitivem je, že pravděpodobně přestane u počítače trávit tolik času.

*Jakými prostředky si M.D. zvýší pravděpodobnost, že si doma skutečně nezapálí cg?*

- dříve (při hubnutí) jí fungovaly cedulky na lednici, nyní si napíše „nekuř tady, nezklam sama sebe“ apod.
- označením „Nekuřácký pokoj“ na dveřích
- ani návštěvy už nebudou uvnitř kouřit.

Nevýhody nekouření uvnitř bytu spojené s možným rizikem selhání spatřuje kli zejména:

- v nutnosti přerušovat hovory s přáteli
- v nemožnosti dělat dvě věci najednou - ztráta času
- v tom, že nevydrží nebo zapomene.

Snažíme se najít vhodné cesty přerámování daných formulací, případně alespoň najít na nich pozitiva. Např. nechut' přerušovat hovor s přáteli může zapříčinit omezení počtu vykouřených cigaret, nemožnost dělat dvě věci najednou umožní lépe se soustředit na danou aktivitu apod.

*Jak tedy bude vypadat zítřejší ráno (tedy doba, kdy M.D. pravidelně kouří s ranní kávou v bytě)?* Vše proběhne jako obvykle, jen zakouřit a vypít kávu si dojde na balkon „... a docela se na to teší“.

Ve zbylém čase se věnujeme **analýze klientčinych typických kuřáckých situací**. M.D. tráví asi 9 hodin týdně péčí o pacienta s organickým onemocněním mozku, kterého je zvyklá motivovat k činnostem vizí společné cigarety, bude proto potřeba promyslet, čím ji nahradit. Další rozbor odkládáme na příště, kdy bude mít klientka připravený soupis konkrétních časů a situací během dne, kdy kouřila.

Na otázku, *co by ji na odvykání mohlo bavit*, zmiňuje, že ráda natáčí scénky ze svého života. Natočí proto deník svého odvykání, s čímž aktivně rovnou na konci našeho setkání začala. Další setkání je plánováno za 8 dní.

- Klientčiny cílem je **stát se dnem 9.5.2012 nekuřákem**, tzn. kouřit naposledy 8.5.2012.
- **Ještě dnes** se rozhodla přestat kouřit uvnitř bytu a začít pouze na balkoně.
- **Akční plán:**
  - začne natáčet filmový deník svého odvykání
  - obstará si předpis medikace k léčbě fyzické závislosti na nikotinu
  - rozmístí po bytě připomínky, že se tam již nekouří, odnese popelník na balkon a tam si zpříjemní prostředí
  - začne si zapisovat situace, v nichž v současné době kouří, včetně pocitů.

### 8.6.2 2. sezení

- **Dílčí kroky, které si kli vytyčila na minulém sezení:**
  - ☒ začít natáčet filmový deník svého odvykání
  - ☒ rozmístit po bytě připomínky, že se tam již nekouří, odnést popelník na balkon a tam si hezky upravit prostředí
  - ☒ začít si zapisovat situace, v nichž v současné době kouří

- **Ještě dnes** si připraví do diáře tabulku pro soupis kuřáckých situací.
- **Akčním plánem** je
  - pokračovat v nekouření uvnitř bytu
  - psát si situace alespoň 5 dní
  - obstarat si a začít užívat medikaci k léčbě fyzické závislosti na nikotinu.

Na druhém sezení nejprve hodnotíme dílčí kroky, které si klientka minule stanovila. Většinu z nich splnila, pouze lékový předpis si dosud z důvodu dovolené psychiatricky neobstarala. Z kouření doma pouze na balkoně má radost, snížila tak počet cigaret a byt nyní příjemně voní. Jeden den si také zapisovala kuřácké situace, soupis však zapoměla přinést, nicméně vzpomněla si, že vykouřila tyto cigarety (celkem 12):

- ranní domácí o samotě (asi 1x za 60-90 minut) - celkem 3
- při asistenci klientovi, z toho 1 doma a 3 na společné procházce
- při setkání s bývalými kolegyněmi - 1
- večerní domácí o samotě - 3.

Během tří dnů bezprostředně po posledním sezení kouřila méně, což mohlo souviset se zvýšenou motivací po sezení a zapisováním, ale také s akutní tonzilitidou, kterou M.D. dostala. Kouřila pouze 2 cg/d, v sobotu, kdy se jí udělalo lépe, 5 cg/d, od neděle se opět dostala na běžnou spotřebu (přes den kolem 11, v případě večerní akce až 20 cg/d celkem). Probíráme, jak zvýšit chuť do dalšího zapisování, které jednak zřejmě mělo vliv na snížení počtu vykouřených cigaret a také soupis více dní lépe poslouží k další analýze. Pomůže připravit si tabulku do diáře (čas - činnost – počet vykouřených cg) a jen si za každou cigaretu poznačit čárku.

Hovoříme o tom, jak si může zaměstnat ruce, když sedí večer s přáteli. Kli jmenuje několik variant (ukazuje nebo prohlíží fotky, drží něco v ruce, jí nebo se drží za ruku s přítelem). Rozhodla se nakonec proti původnímu plánu říci přátelům, že končí s kouřením, zaznamenala z jejich strany zájem, protože se jedná o velký zlom v jejím životě.

Ptám se na velikost její současné motivace, uvádí, že si zpočátku nedokázala moc představit, že to opravdu udělá, spíše chtěla zkusit, jak to půjde. Nyní se zvyšující se konkretizací plánu roste i její motivace. Sama oceňuje, že skutečně

udělala rozhodnutí nekouřit v bytě, dříve ji už napadlo kouřit jen na balkoně, ale nikdy myšlenku nerealizovala.

Další část sezení věnujeme práci s projektivní sadou, kdy má kli výběrem 3 obrázků odpovědět na otázku „*jak na tom budu s kouřením, až se příště uvidíme?*“. Metoda M.D. zajímá, radostně vybírá obrázky, které verbalizuje:

- 1. (malba nahé dívky sedící na květinách, na natažené ruce jí spočívá pták) - symbolizuje chystání se přestat kouřit, přičemž pták je cigaretou, kterou si M.D. zatím drží, ale už ji chce pustit a pomalu se s ní loučí, nahota představuje to, jak se sama před sebou klientka obrazně obnažuje, květiny, na kterých sedí, značí čistotu, které nabyde.
- 2. (skupina nomádských hudebníků - bojovníků) - zatím nehrají, ale je jasné, že budou, postava v popředí je M.D., na kterou se soustředí pozornost a v zádech má oporu ostatních, příště chce být tak pevná a bojovná (ale nejsou militantní, mají v ruce místo zbraně hudební nástroj)
- 3. (žena s dítětem na kole před velkým poutačem s usmívajícími se lidmi) - zvětšující se obraz idylky, která je stále reálnější.

*Jak tedy kli přispěje k tomu, aby taková byla příště realita?* Kromě toho, co už dělá, si připraví tabulku a bude alespoň 5 dní poctivě zapisovat. Další setkání je plánováno za 10 dní.

### 8.6.3 3. sezení

#### ○ **Dílčí kroky vytyčené na minulém sezení:**

- ☒ pokračovat v nekouření uvnitř bytu
- ☒ psát si kuřácké situace alespoň 5 dní
- ☒ obstarat si medikaci k léčbě fyzické závislosti na nikotinu

#### ○ **Ještě dnes** se kli domluví s babičkou na večeři na příští pondělí.

#### ○ **Akčním plánem** je

- natočit rozhovor s otcem a babičkou o kouření
- ve středu 4.4. si místo večerní cg zameditovat
- v pondělí 9.4. vyzkoušet den bez cg (viz níže).

Na třetím sezení rekapitulujeme období uplynulých 10 dní od poslední schůzky. Klientka splnila všechny dílčí cíle, až na výjimky (v bytě 1x kouřila, když měla na návštěvě kamaráda a venku přšelo; o recept k medikaci má zažádáno, ale zatím jej nemá). Kuřácké situace si psala do zvláštního sešitu systémem čas-počet cg-situace. *Čeho si všimla?* Kouří:

- vždy ranní cg
- při přesunech a při čekání
- doma v cca 60-90 minutových intervalech - když začala chodit na balkón, rozestupy se prodloužily
- po obědě (ne však hned, někdy až po cca 30-60 minutách)
- ihned po odchodu z místa, kde kouřit nesmí
- při telefonování - volá nazpět, když si zapálí
- když ví, že nebude moci kouřit (před cvičením, cestováním, spaním apod.)
- když ji někdo vyzve (i při rozdělané práci) - nepřilíš často, asi 1cg za 3 dny
- motivuje se k práci představou cg

*Kdy se jí naopak daří nekouřit?*

- při vyvolávání fotografií (i 3 hod.)
- při pracovním pohovoru
- při návštěvě u babičky (i déle)
- ve fitness (i 3 hod.)
- když jí je fyzicky špatně
- kdyby měla přerušit práci na počítači a jít na balkon (pozn. její kreativita tím neutrpěla)

Cg na balkoně sama o sobě klientce moc nechutná – „**není to taková zábava jen kouřit a nedělat u toho něco jiného**“. Zvláště při večerní cg se probouzí melancholie, zastaví se a začne přemýšlet. *Kdy jindy se dokáže zastavit a popřemýšlet?* Po meditaci, józe apod. *Jaké by bylo, nedat si tu večerní cg?* Neví, zkusí to jeden den, ve středu 4.4. ideálně - místo kouření bude meditovat s hudbou.

Kli napadá, že by mohla natočit lidi ve svém okolí, kteří přestali kouřit. Zeptá se jich na jejich odvykání, co jim pomohlo, když dostali chuť apod. Např. dědeček si napsal a vylepil plusy a mínusy kouření, mohla by snad od něj získat další tipy. *Koho natočí?* Tátu, babičku. Bude se ptát, jak dlouho kouřili, kolik cg, proč přestali, co jim pomohlo aj. *Jak by někdo, koho to zajímá, ještě mohl zjistit, co pomáhá?* Mohl by napsat otázku na facebook, přečíst si k tomu literaturu, články, zeptat se v centru pro léčbu závislosti na tabáku, vytvořit síť známých a kamarádů,

kteří přestali, a zeptat se jich. Při odchodu ji ještě napadá zjistit, co pomáhá mým ostatním klientům a sestavit společnou banku nápadů.

Dalším klientčíným návrhem je, že si 1 celý den vyzkouší nekouřit. Nejvhodnější bude velikonoční pondělí (9.4., zároveň je to měsíc před plánovaným dnem D). Cílem je zjistit, co dělá, když nekouří, kdy ji napadne na cg myslet apod. *Jak moc je reálné, že to zvládne?* 6. *Co udělá, aby to bylo alespoň na 8?* Musela by se nějak odměnit... Půjde k babičce, kde jí nepřipadá těžké nekouřit, požádá ji, aby připravila dobrou večeři a pořádně se bez výčitek svědomí nají. Rovnou babičku natočí do svého snímku a k tomu se spolu podívají na film, který M.D. přinese na DVD. *Jak moc je to reálné nyní?* 9. Další setkání je plánováno za 9 dní.

#### 8.6.4 4. sezení

##### ○ **Dílčí kroky vytyčené na minulém sezení:**

- ☒ opatřit si medikaci (Champix)
- ☒ natočit rozhovory s ex-kuřáky
- ☒ meditovat místo večerní cg
- ☒ nekouřit celý den

##### ○ **Ještě dnes** natočí s kamarádkou další část filmu.

##### ○ **Akčním plánem** je

- libovolný den nekouřit - natočit jeho průběh na video
- cca 10 dní před dnem "D" (cca koncem 04/12) začít užívat Champix.

Kli si opatřila Champix, z finančních důvodů zatím pouze na 14 dní, 10 dní před dnem "D" jej začne užívat. Natočila zevrubné rozhovory s babičkou a dědou o jejich odvykání do svého připravovaného filmu, část mi ukazuje. *Jak nahrávky ještě využije?* Může si je pustit, kdyby měla velkou chuť na cigaretu. Kvůli náhlé vztahové krizi nedodržela celodenní nekouření, ale počet pondělních cg snížila na 6. Při plánované meditaci zjistila po ulehnutí, že ji relaxační hudba irituje, nicméně usnula, a tak už nekouřila.

V poslední době jí dobře funguje nenosit s sebou cg - nevezme si je při odchodu z domu a často tak i 2-3 hodiny nekouří. *Jak se cítí ohledně za cca měsíc plánovaného dne "D"?* Děsí ji to, objednala se pro zpříjemnění dne na kosmetiku.

Rozhoduje se znovu zkusit celý nekouřit - tentokrát však bez určení předem, který den to bude. *Co jí pomůže to tentokrát dodržet?* Nevidět se před tím s přítelem, nejít do kuřáckého prostředí. Teoreticky by to mohla být neděle nebo úterý. Tento den si natočí na kameru - *jaké scény to asi budou?* - ranní káva, pak vždy, kdyby byla chuť na cg nesnesitelná, před spaním zhodnocení dne, jak to zvládla. Prohlubujeme vizualizaci toho, jaké scény chce mít natočeny z daného dne. Další setkání je plánováno za 7 dní. Kli jej však ruší z důvodu zaneprázdnění před odjezdem na třítýdenní cestu do zahraničí. Po návratu ji čeká den "D" - 9.5. - a také další sezení.

#### 8.6.5 5. sezení

- **Dílčí kroky vytyčené na minulém sezení:**
  - ☒ den bez tabáku se rozhodla nezkoušet
  - ☒ natočit rozhovory s ex-kuřáky
- **Ještě dnes** se odmění za úspěšný první den.
- **Akčním plánem** je nadále nekouřit.

Klientka přichází ve svůj den D, zároveň den po návratu z třítýdenního pobytu v zahraničí. Před 14 dny začala brát Champix a již v průběhu užívání cítila z kouření menší požitek, chystá se vyzvednout si další balení. Čeká ji pohodový týden v Praze a pak 5 týdnů se školami v přírodě.

Během pobytu v zahraničí kouřila max. 10 cg/d, efekt léků začala cítit v druhém týdnu užívání. Dnes si dala elektronickou cigaretu (3 šluky po obědě) - tu nepovažuje za „kouření“, možná večer zkusí ještě paipo. Také si nakoupí ovocné džusy a dobroty, ovoce a zeleninu. Obecně má od návratu velmi špatnou náladu, *jak ji zvednout, co se osvědčilo jindy?* - dobré vztahy, smysluplná činnost, masáž, cvičení, něco si koupit pro radost... Jako nejsilnější motivaci cítí, že řekla hodně lidem o svém odvykání a že si uvědomila, že kouření není nezbytné a není pro ni ani tolik důležité.

Obává se večera, kdy přijde kamarádka na víno, chystá se případně uchýlit k elektronické cg. Stupeň napětí teď cítí na 7, bude se dál sledovat a až v případě, kdyby vyšplhalo na 9, dá si cg. Chození do společnosti se plánuje vyhýbat, než bude mít jistotu, že zvládá nepodlehout starým návykům. *Jak pracuje s napětím?*



meditace, řízená relaxace, jóga,... Potřebuje se rychle zbavit zbývajících tabáku, někomu jej dát. Natáčet ji teď tolik nebaví, když „musí“. Večer se za úspěšné nekouření odmění, dá si s kamarádkou víno nebo vodku, před spaním se proběhne nebo si zacvičí Jacobsonovu relaxaci, která se jí osvědčila již dříve. Další setkání je plánováno za 7 dní.

#### 8.6.6 6. sezení

○ **Dílčí kroky vytyčené na minulém sezení:**

☒ až na jednu za celý týden vykouřenou cg dodržuje nekouření

○ **Akčním plánem je**

- pokračovat v nekouření
- chodit obden běhat.

Klientka se po 8 dnech považuje za nekuřačku, ačkoliv si den po dni D potáhla z cg a později vykouřila jednu balenou s kamarádkou - nechutnala jí. Cca 2x denně používá elektronickou cg, 2-3 šluky. Pomohlo, že netrávila rána sama a nemyslela tak na to, dát si kávu a cg. *Zažila v průběhu týdne nějakou krizi?* - po telefonátu s přítelem, nedařilo se jí zklidnit, meditovat neměla chuť, naopak začala běhat, chystá se chodit obden, také pomáhá začít něco dělat, odměnit se (koupila si nový mobil), paipo (např. na návštěvě u rodičů). Včera byla na koncertě, má radost, že se dokázala bavit bez alkoholu a cg. Trochu natáčela, když byla sama doma, jak si dává elektronickou cg apod.

Na minulé schůzce se cítila špatně, unavená, bez nikotinu, také snad vlivem šoku z návratu, teď je jí mnohem lépe. Dál užívá Champix, zajímavé jí připadá, že ač se chuť jídla pro ni nezměnila, cg jí skutečně nechutnala. Cítí vděčnost za naše schůzky, přikládá jim velkou váhu v procesu svého odvykání. Také má celkem pohodové období, kdy nechodí do práce a čeká ji škola v přírodě s dětmi - tam nebude chtít kouřit, nebude si s sebou brát cg, jen elektronickou cg pro jistotu, aby zamezila případnému relapsu. Rizikové mohou být snad víkendy, které bude trávit v Praze s kamarády, potom v červenci se chystá znovu do zahraničí, myslí si však, že v té době už i tam vydrží nekouřit.

*Jak na tom bude příště?* - v ještě lepší náladě, bude se cítit očištěná jako nekuřačka po pobytu v přírodě, na slunci. *Jak vypadá její krizový plán pro případ selhání?* poveze si s sebou paipo, pokud nebude stačit, má elektronickou cg, v další fázi případně žvýkáci tabák od kamaráda a pouze v nejzazším stavu krize vykouří nanejvýš jedinou cg. Takovou situaci si ale neumí v tuto chvíli ani představit. Další - závěrečné - setkání je plánováno z důvodu nemožnosti nalezení společného termínu dříve až za 18 dní.

#### 8.6.7 7. – závěrečné - sezení

- Klientčíným cílem je **stát se 9.5.2012 nekuřákem** - splnila pouze dočasně.

V závěrečném sezení s klientkou hodnotíme jednak uplynulé období posledních 3 týdnů a zároveň i celý program. Kli nedodržela závazek nekouření, jak sama uvádí, zejména proto, že se v jejím okolí vyskytlo nečekaně velké množství kuřáků. Po odjezdu na školu v přírodě 1. týden nekouřila, pak dostala od kolegy 2 cg a následně si koupila tabák, který si pojmenovala „na výjimečné příležitosti“. Po zbytek druhého turnusu kouřila 3-8 cg/d po večerech, přes den chuť neměla. Na nový turnus si tabák nevzala, celé dny byla bez potřeby kouřit, avšak po večerech si dopřávala 1-2 cg, jednou i 4 cg při současném užívání Champixu. Má pocit, že nebýt kuřáků, nedostávala by nutkání kouřit ani po večerech. Uvědomuje si však, že se sama před sebou omlouvá.

Elektronické cg se ani nedotkla, chystá se vyzvednout si další dvě balení Champixu, na které má doma předpis. Stále chce úplně přestat, ale zjistila, že je pro ni velice náročné nepodlehout sociálnímu tlaku, neprožít s ostatními „rituál uvolnění se, pocit přežití dne“. V současné době navíc prožívá potíže ve vztahu s přítelem, což zvyšuje její pocit nepohodlí a přimyká ji blíže zpět ke kouření.

#### 8.7 Výsledky kontrolního vyšetření po tříměsíčním koučinku

- **FTND:** snížení ze 6b na 0b
- **kuřácký assessment** – odlišnosti oproti výchozímu stavu: kli má nyní pocit, že žije zdravě, téměř denně se věnuje intenzivní fyzické aktivitě trvající

alespoň 20 minut, spokojenost s postavou přitom klesla ze 7 na 6 (na desetistupňové škále, kde 1 je minimum a 10 maximum), nyní relaxuje jen při spánku. Alkoholické nápoje pije výrazně méně – oproti původní každodenní konzumaci 4 cl vína nebo 1l piva nebo vodky s džusem nyní asi dvakrát do týdne, z toho snad pouze jedenkrát vypije více než 1-2 piva (tzn. nanejvýš 3 - 4). Asi 2x za poslední 3 měsíce měla marihuanu, v souvislosti s tím i více kouřila cg. Celkový pokles nastal z původních 20 cg/d na cca 3 cg/d - nepravidelně, někdy vydrží i 4 dny bez cg. Přestat kouřit pro ni původně znamenalo „vítězství nad závislostí, aby se její život kolem toho netočil“, což se podle vlastních slov kli podařilo splnit s přispěním koučinku a snad i Champixu. Vůli dát si poslední cg zatím necítí, asi by potřebovala silný tlak zvenčí od někoho, komu záleží na tom, aby nekouřila. Také by pomohlo nebýt ve společnosti kuřáků. Při řazení priorit u kli však v tuto chvíli vítězí společnost přátel nad nekouřením. Svůj přístup k cigaretám nicméně vnímá jako velmi změněný, například dříve by vůbec nejela na školu v přírodě, zajímala by se hlavně, kde tam může kouřit.

- **WISDM-68** - srovnání: nyní kouří jen vědomě, nikoliv automaticky, ve stresu stále sahá po cg, zažívá u toho pocitu viny. To, že jí cigarety příliš nechutnají a nebaží po nich, což přičítáme vlivu Champixu, se odráží na snížení skóru subškály č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky) a č. 6 (bažení).

Kli stále uvažuje, jak zpracovat situace, kdy chce kouřit, chystá se přestat úplně. Program hodnotí velmi pozitivně, mnoho jí dal a je velmi vděčná za čas a energii kouče. Dotazník zpětné vazby k programu k vyplnění online jí byl zaslán.

## **8.8 Inventář WISDM-68 po šesti měsících od ukončení koučinku**

Klientčin celkový skóre se po období snížení během koučování po půl roce bez něj opět navýšil, ne však rozhodně na úroveň původních hodnot. Trvale snížené skóre některých subškál vypovídají o tom, že ač dané motivy stále přispívají ke klientčině kuřáckému chování, míra jejich vlivu je oproti původní hodnotě oslabena. Jedná se především o subškály č. 9 (pozitivní zpevnění), č. 10 (sociální pobídky

a podněty z prostředí), č. 11 (chuťové a senzorické charakteristiky), č. 6 (bažení) a č. 13 (kontrola hmotnosti).

## **8.9 Závěr**

Tříměsíční setkávání s klientkou na téma odvykání kouření přineslo částečný úspěch, když na jeho konci kouřila ve srovnání s původními 20 cigaretami denně nyní pouze příležitostně. Koučinkový kontrakt nicméně naplněn nebyl, neboť nebylo dosaženo cíle ve znění „stát se dnem 9.5.2012 nekuřákem, tzn. kouřit naposledy 8.5.2012“. Klientka sice na několik dní zcela odložila cigarety, avšak postupně se k nim vracela, zprvu jen příležitostně, potom ve větší míře, až po půlročním období bez koučinku vyplynulo, že kouří opět denně a to v množství asi 10 cigaret.

Změny testových skóre (FTND i WISDM-68) napovídají, že ne-li navenek, přinejmenším pak v klientčině nitru k posunu došlo. S přihlédnutím ke změně, zjištěné mezi prvním a druhým měřením inventářem WISDM-68, a naopak propadu mezi druhým a posledním měřením se přikláníme k názoru, že by pro tuto klientku bylo vhodné pokračovat v odvykání i nadále s podporou kouče, což by přinejmenším mohlo přispět k její komplianci s léčbou fyzické závislosti na nikotinu Champixem po dobu optimálně šesti a více měsíců.

## 9 DISKUSE

*„Vím jistě, že mi koučink mnoho dal. Otevřel dveře do světa, kde je možné ráno vstát, zhluboka se nadechnout a s úsměvem si dát čaj a chleba s máslem - bez myšlenky na kafe a cigára,“* uvedla osobní zkušenost na otázku po vnímaném přínosu koučinku při odvykání kouření jedna z probandek. Vyjadřuje nejen to, jak jí pomohlo koučování, ale vlastně poukazuje i na to, v jakém vězení se člověk před opuštěním závislosti na „pouhých cigaretách“ dennodenně nachází. Citovaná věta mi utkvěla v paměti, snad proto, že rezonuje s mou vlastní zkušeností při nedávném odvykání kouření. Pro vhled a osvěžení zařazuji do příloh spíše beletristickou introspektivní kapitolu o tom, jak se mi to dařilo a jak jsem jeho průběh vnímala (str. 164).

### 9.1 SOUVISLOSTI

Jak již bylo uvedeno výše, není příliš obvyklé, aby kouč se svými klienty podnikal natolik dlouhou cestu a měnil dle jejich tématu také své vlastní chování. Pro mě však bylo zásadní „nevysmívat se“ svým klientům - probandům, kteří se tolik snažili uspět, do tváře svým kouřením, nebýt pokrytec a také dokázat pochopit, o čem mluví, když říkají, že je to těžké. Zároveň mě vlastní zkušenost utvrdila v tom, že přestat kouřit není nemožné, o čemž jsem se zřejmě potřebovala sama přesvědčit.

Na druhou stranu, jak bylo i zjištěno z dotazníku zpětné vazby, klienty rozhodnutí kouče nekouřit do velké míry ovlivňovalo, ač, jak uvedli, především v kladném smyslu. Nicméně znamenalo další z mnoha proměnných, které do procesu vstupovaly a které jistě mohly zkreslit výsledek - to kdyby naším záměrem bylo měření efektivity koučinku. Avšak protože jsme se snažili spíše vyzdvihnout, co konkrétního v metodě koučinku by mohlo přispět k tomu, aby fungovala i v práci s tématem závislostního chování, jakým kouření je, zdá se, že právě pozitivní příklad kouče, který má vlastní zkušenost s odvykáním, může být celkově přínosným. Jednak, jak jsme ve studii zjistili, přispívá k navázání důvěry a dojmu empatie, jednak pravděpodobně zvyšuje pocit závazku klienta ke svému cíli. V zásadě tedy

vnímáme, ve shodě s probandy naší studie, odvykání kouče jako přínos pro celý projekt. I z hlediska medicínsky-etického nabýváme dojmu, že každé zvýšení šance na úspěch v této oblasti je pozitivem. Proto, ač to není standardní, navrhuje zařazení nekuřáctví kouče mezi faktory úspěchu celého procesu.

## 9.2 SUBJEKTIVITA

Související téma, jemuž doposud nebyl věnován dostatek prostoru, je problém velké subjektivity, která se týká zejména složení „výzkumného týmu“, který měl vlastně pouze jediného člena. Autorka projektu zastoupila ve studii role administrátora dotazníků, kouče i výzkumníka. Uvažujeme nad tím, jak to, že se klienti setkávali pouze s jednou osobou v mnoha rolích, mohlo ovlivnit celý projekt i způsob, jakým k nim bylo přistupováno. Ač jsme po celou dobu usilovali o maximální objektivitu a zachování rovnosti mezi klienty, mohlo se stát, že byl s některým z nich navázán hlubší rapport, který by ústil například v důkladnější podporu, a tím celkové zkreslení od něj získaných dat i závěrečných výsledků. Mohlo rovněž dojít k tomu, že někteří z klientů nebyli shodně otevření při svém koučinku nebo objektivní při závěrečném hodnocení. Koučování však umí reagovat na individuální zvláštnosti každého klienta, právě v tomto principu cítíme jeho užitečnost a také přiléhavost jeho využití právě v kvalitativním typu studie a nemožnost jeho generalizace považujeme za klad, nikoliv zápor práce s ním.

O co možná nejlepší objektivitu dat získaných z dotazníku zpětné vazby jsme se pokusili tím, že bylo rozhodnuto místo původně plánovaného osobního strukturovaného rozhovoru zaslat klientům na úplný závěr projektu, tedy ve chvíli, kdy jsme se nadále neplánovali setkávat, dotazník elektronicky - a probandi tak již neměli důvod se obávat reakce kouče, snažit se zalíbit či udělat radost, jak by tomu mohlo být při „živé“, osobní rozpravě na dané téma. Domníváme se, že šlo o dobré opatření umožňující větší otevřenost v jejich výpovědi. Ačkoliv jeho vyplnění nebylo anonymní, abychom měli možnost propojit v jednotlivých kazuistikách informace, data byla dostupná pouze autorce projektu.

### 9.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU A OTÁZKA FINANČÍ

Naším výzkumným záměrem bylo založit studii na práci se 7-10 probandy. Z důvodu zájmu o její udržení i při vzhledem k časové náročnosti projektu nutně předpokládané úmrtnosti vzorku jsme ale usilovali o zařazení vyššího počtu subjektů. Přesto jsme si vědomi faktu, že **výzkumný vzorek není reprezentativní vzhledem k velikosti ani skladbě populace odvykajících kuřáků v České republice**, kde kouří větší procento mužů než žen, navíc osob věkově, vzděláním, socioekonomicky a jinak rozrůzněnějších, než jsou účastníci našeho projektu. Nicméně se podařilo sestavit vzorek jedinečných probandů vykazujících mnohé osobnostní odlišnosti, pocházejících z různých prostředí, lišících se kuřáckými anamnézami, stupněm fyzické závislosti a mnoha dalšími charakteristikami, čímž jsme dosáhli kýžené vnitřní heterogenity souboru, od níž jsme si slibovali větší spektrum možných témat v procesu koučování. Nebylo snadné vytvořit soubor osob, ochotných aktivně spolupracovat a otevřít se i přes slíbenou ochranu osobních údajů cizí osobě, navíc v projektu, který vyžaduje kontinuálnost po poměrně dlouhou dobu a bez nároku na finanční či jinou hmotnou odměnu. Domníváme se však, že právě tyto faktory významně přispěly k tomu, aby účastníky studie byli lidé skutečně odhodlaní přestat kouřit, kteří svým rozhodnutím přihlásit se do našeho programu demonstrovali jistou míru vnitřní motivace a příslib vytrvat.

Otázce financí, která s výběrem výzkumného souboru i s dalšími fázemi studie souvisí, jsme se již věnovali (v kapitole 7). Přesto považujeme za významné ji ještě neopouštět a vrátit se k některým aspektům, které zatím nedostaly výše prostor. Pro účely naší studie byly pro klienty vytvořeny tak trochu „laboratorní podmínky“ v tom smyslu, že jim zdarma byla poskytnuta služba, která je v běžném kontextu poměrně nákladná. To mohlo mít mnoho důsledků, které situaci celkově odlišily od reálného koučinku.

Již ve fázi sestavování souboru bezplatnost intervence, jak víme z dat, která jsme k tématu získali, přitáhla pozornost (mimo jiné) i osob, které by za jiných okolností svou účast v podobném projektu nezvažovaly. To však nemusí znamenat pouze zvětšení žádoucí heterogenity probandů, ale i to, že se přihlašovali lidé, kteří

nebývají typickými klienty koučů. Často slýcháme, že člověk, který by nebyl za koučink ochoten zaplatit, skutečně necítí, že jej potřebuje. To se dokládá třeba tak, že *peer koučink* (kdy se například dva účastníci výcviku zkušebně koučují navzájem) sice mívá efekt, avšak ne tak průlomový, jako kdyby se jednalo o placenou situaci, kdy klienta nějaký vnitřní nebo i vnější podnět pudí k akci natolik, že nelituje za koučinkové působení, které považuje za účinné, zaplatit. Otázka financí tedy možná na povrchu jen vypovídá o tom, co zůstává skryto - motivace klienta, vnímaná urgence jeho potřeby. Dá se říci, že ochota platit za koučink by mohla být dobrým kritériem výběru probandů do studie - selektoval by reprezentativnější osoby, které se o koučink skutečně zajímají?

Pokud by tomu tak opravdu bylo, museli bychom zvážit, zda mělo smysl projekt za našich podmínek vůbec realizovat. Aby byli naši probandi blíže odrazu skutečné stávající cílové skupiny podobného programu, museli bychom k našemu internímu výběrovému kritériu „dospělí kuřáci odhodlaní během následujících šesti měsíců přestat kouřit“ doplnit „ochotní zaplatit požadovanou částku za koučinkový program“, zkrátka jej neavizovat s nálepkou „zdarma“ a počkat, zda se budou takoví probandi hlásit, případně zvolit jinou, patrně aktivnější metodu jejich výběru pro zvýšení pravděpodobnosti, že jich shromáždíme dostatečný počet pro provedení naší studie. Vzhledem k tomu, že v naší zemi působí mnoho koučů, kteří trpí nedostatkem klientů, se však obávám, že čekání by mohlo znamenat dlouhý odklad realizace našeho projektu a celkově by velmi zkomplikovalo průběh výzkumu.

Nejen z praktického, ale i z etického hlediska se nám takový postup, který jsme samozřejmě zvážili, zdál nepřijatelný. Nechtěli jsme program, který je teprve ve fázi ověřování, inzerovat jako placenou službu. V oblasti odvykání kouření, jak je zmíněno v kapitole 2.6.3, nacházíme takové množství prapodivných nabídek, nerealisticky kuřákům garantujících téměř stoprocentní šanci na úspěch, že v momentě, kdy se rozhodneme naše jméno přidat pod hotový produkt, jakým by v případě jeho realizace náš program byl, chceme, byť i jen pro vlastní pocit oprávněnosti jej vést, disponovat daty, která svědčí v jeho prospěch. Zdá se, můžeme-li vycházet z kladných hodnocení probandů u této studie, že není třeba přistupovat k rezolutním vyjádřením typu - „... vzorek není reprezentativní, protože



*tyto osoby by službu nevyhledaly, a proto nemají nálezy dostatečnou výpovědní hodnotu...”. Nezapomínejme také, že preference bezplatnosti může vycházet kromě eventuální nízké motivovanosti, se kterou dokážeme pracovat i jinými, a troufám si říci i účinnějšími, prostředky než jen navýšením ceny, ze skutečné neschopnosti klientů za službu platit - v naší studii několik účastníků doposud studovalo nebo se teprve seznamovalo s trhem práce. Oblast odvykání kouření s sebou však nese možnost využití peněz utracených za cigarety.*

I studie, která proběhla za daných podmínek, tedy bez nutnosti hradit poskytnuté služby, se zdá mít velký informační potenciál a jeho další rozšíření je pouze otázkou navazujícího, preferovaně kvalitativně-kvantitativního výzkumu, jehož cílem by bylo změřit efektivitu aspektů metody koučování, detekovaných jako prospěšné, při práci na tématu odvykání kouření, optimálně z výsledků s větším počtem klientů pracujících více nezávislých koučů.

## **9.4 ETICKÉ ASPEKTY**

Vzhledem k úvodní spolupráci na výběru probandů s Referenčním centrem léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1.LF UK a VFN bylo třeba zažádat o **schválení návrhu této studie Etickou komisí VFN**. Kopie jejího souhlasu ze 16.2.2012 je součástí příloh, stejně jako **formulář informovaného souhlasu**, který byl předložen před zahájením výzkumné práce všem probandům na informačním setkáním předcházejícím samotné praktické části projektu. Mimo jiné svým podpisem stvrdili, že jsou obeznámeni s cíli studie, jejími postupy, časovým plánem, kýženými přínosy a o tom, co se od nich očekává, že dostali jasné odpovědi na případné související otázky a že jsou si vědomi dobrovolnosti své účasti ve studii a možnosti ji kdykoliv ukončit. Se svou účastí ve studii tedy byli srozuměni a činili tak záměrně s vědomím, že jejich osobní data jsou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platné legislativy ČR na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů (Ferjenčík, 2000).

Některé etické problémy by mohly vyplývat ze samotného výzkumného designu, který je pojat jako posloupnost diagnostické, koučinkové a evaluační etapy, které jsou všechny vedeny jedinou osobou - autorkou výzkumu (více viz kap. 9.2 – Subjektivita). Za předpokladu nedodržení jasných hranic mezi jednotlivými kroky a neposkytnutí dostatku informací probandům by mohlo dojít ke zmatení rolí, v nichž účastníci výzkumu autorku studie vnímali. Podobnému zmatení jsme se snažili vyhnout pomocí předběžného poučení o metodách práce a průběhu studie a také jasného časového vymezení a oddělení jednotlivých etap (například na jednom setkání probíhala pouze buď diagnostika, nebo koučink, což bylo s klientem vždy předem naplánováno). Ačkoliv i přesto jistě mohlo hrozit riziko přílišné subjektivity, vyplývající z nakládání s obrovským souborem dat a informací jedinou osobou, na druhou stranu nebylo technicky realizovatelné zajištění dalších osob, které by se ideálně ujaly role kouče, ze zřejmých důvodů - byla-li autorka studie zároveň koučem, mohla být tato intervence poskytnuta klientům zdarma, s velkou mírou časové flexibility a se zajištěním kontrolované odbornosti. Další výhodou tohoto přístupu naopak byla možnost mnohem hlubšího poznání každého probanda třemi různými druhy práce s ním, vytvoření bezpečnějšího prostředí a z něj plynoucího vyššího stupně vzájemné důvěry, ve společné práci tolik potřebné.

V rámci časového úseku určeného praktické části studie jsme nevyužili možnosti externího auditu ve smyslu supervizní práce (Miovský, 2006) kromě čtených setkání s vedoucí diplomové a posléze konzultantkou rigorózní práce. Jejich náplní byly však především otázky naší výzkumné činnosti. Bylo by jistě vhodné doplnit je o sezení s pokročilým odborníkem v oblasti koučování, což by mohlo přispět ke zvýšení kvality poskytnuté služby a zároveň vlastní psychické hygieně autorky projektu. Před zahájením samotného tříměsíčního období setkávání se s probandou a po jeho skončení jsme vyhledali možnost specifika práce na tomto projektu diskutovat s kolegou - nezávislým koučem, absolventem stejného běhu výcviku v psychologickém koučování. Nezbytně to pomohlo odhalit některé nedostatky, které jsme tak mohli včas odstranit.

Nejsme si vědomi důvodů, pro něž by účast v této studii měla být v konfliktu se zájmy a právy probandů, ke kterým jsme se vždy snažili přistupovat

s respektem a úctou. Věříme, že výzkum ani jeho techniky nezpůsobily zkoumaným osobám utrpení, bolest ani jiné nepříjemné důsledky. V průběhu některých etap mohl koučink zahrnovat jistou míru nepohodlí způsobenou opuštěním zóny komfortu, v níž jsme zvyklí se nacházet. Koučink však vysloveně usiluje o alespoň chvilkové vystoupení z ní, což nám umožňuje nahlédnout na naši situaci z jiných úhlů a tím způsobené mentální vypětí přináší často plody v podobě překvapivých nápadů a řešení, to vše za dodržení samozřejmého předpokladu dobrovolnosti, který zaručuje možnost návratu ve kterýkoliv moment procesu. Navíc následky tohoto působení nejsou rozhodně zamýšleny jako nežádoucí, naopak, mají přispět k celkovému zlepšení v diskutované životní oblasti a často i mnoha souvisejících.

Bylo také dbáno na to, aby klient - proband nebyl poškozen předčasným ukončením setkávání v momentě, kdy by proces svého koučinku ještě necítil jako uzavřený. Proto nebyl nastaven pevný počet sezení, ale varioval mezi šesti a osmi schůzkami, přičemž jsme usilovali o maximální flexibilitu v ohledu nabídky termínů. Koučink, který byl základním stavebním prvkem naší studie, byl prováděn podle nejlepšího vědomí a svědomí autorky na základě odborného výcviku a s ohledem na etický kodex České asociace koučů, který, ač ne z pozice člena ČAKO, respektujeme i v práci s klienty mimo tuto studii a jsme s jeho zásadami proto dobře srozuměni. Je dostupný z webových stránek ČAKO (2012b).

## **9.5 VALIDITA A LIMITY STUDIE**

K minimalizaci zkreslení jsme využili tří odlišných metod získávání dat, jak jsou popsány v kapitole 5.4 – kromě pozorování zejména dotazníkových metod a různých typů rozhovorů (polostrukturovaný, experimentální expertní). Tím bylo vlastně dosaženo triangulace, která *„představuje velmi účinný kontrolní nástroj integrující různé zdroje dat a přístupy k jejich získávání a analýze”* (Miovský, 2006, s. 264). Data z různých zdrojů byla u jednotlivých osob konzistentní.

Kvalita získaných dat přitom byla vzhledem k dlouhodobosti projektu a tedy příležitosti k navázání hlubokého raportu kvalitní, **bohatá, silná** a jejich **popis**

**tzv. hustý.** Pozice výzkumníka mohla zkreslit obsah dat, která byla výsledkem interakce mezi ním a probandy (Miovský, 2006). Nicméně tím, že jsme byli s klienty v tříměsíčním kontaktu a od počátku jsme usilovali o jejich poznání a vytvoření příjemné atmosféry, o co možná nejmenší a nejpřirozenější zásahy do vytvořeného prostředí (to se týká např. techniky záznamu dat tužka - papír, která měla nejméně rušit), navázání důvěry na základě informovanosti. Bohužel nebylo možné využít triangulace osob získávajících data, vzhledem k tomu, že všechny role musela z důvodů popsaných výše zastoupit autorka výzkumu.

Klíčovým je z hlediska validity studie také výběr jejích účastníků:

*... nereflektovaný výběr účastníků výzkumu prováděný nevhodnými či chybně aplikovanými metodami může způsobit, že dosáhneme nepřirozené konzistence ve výběrovém souboru, díky které dojde k rychlé saturaci, která však nebude odpovídat reálné situaci. Tohoto efektu se můžeme například „dočkat“, pokud budeme příliš spoléhat na metodu samovýběru, neboť dobrovolníci mohou mít v některých oblastech odlišné charakteristiky od osob, které se naopak výzkumnému kontaktu vyhýbají (Miovský, 2006, s. 268).*

V této studii jsem zmíněnou metodou samovýběru v kombinaci se záměrným výběrem přes instituci získala poměrně heterogenní vzorek, který se však přesto v některých charakteristikách nadměrně podobal – věk, úroveň vzdělání apod. Ideální by bylo zvýšit počet probandů a provést z nich náhodný výběr, nebo přidat ještě jednu metodu výběru ke dvěma stávajícím, čímž bychom i v tomto ohledu dosáhli triangulace.

V rámci závěrečného sezení proběhla na základě debriefingu projektu validizace dat respondentem, kdy jsme ve vzájemné diskusi nálezů korigovali závěry našeho setkávání. Dotazník zpětné vazby posloužil také k tomuto účelu.

Jistě mohlo dojít ke zkreslení, jako jsou ta, způsobená badatelem (předpojatost atp.), reaktivita (vliv badatele na studované prostředí) – tu jsme i podchytili v dotazníku zpětné vazby, turistika (kdy badatel prahne po

zvláštnostech a přehlíží podobnosti) či holistickému zkreslení nebo i zkreslení elitou, avšak domníváme se, že jsme se vždy snažili o introspekci a co nejobjektivnější reflektování celé práce. Možná tendence klientů vyhovět kouči byla pojednána výše.

Jak již bylo mnohokrát řečeno, tato kvalitativní studie neaspirovala na to, vyčíslit efektivitu použité metody psychologického koučování u skupiny probandů – odvykajících kuřáků. Naším cílem bylo získat vhled, proniknout do nové oblasti (ve které, pokud se pracuje, nemáme o tom mnoho zpráv), zorientovat se trochu lépe na území, které je doposud celkem neprobádané. To s sebou neslo mnoho rizik, již ve fázi přípravy výzkumu, tedy navrhování jeho designu, bylo obtížné vizualizovat všechny jednotlivé konsektivní kroky, kde by případný neúspěch v jednom bránil realizaci dalšího. Přesto bylo nutné zvolit výzkumný plán a držet se ho, jinak by hrozila ztráta struktury a při obrovském množství sebraných dat by pravděpodobně nebylo možné získat z nich žádné užitečné závěry. Při výběru souboru probandů jsme možná mohli jedním z kritérií ustavit ochotu platit za služby (a případně pak ani úhradu nepožadovat, viz kap. 9.4), aby se výběr vzorku více přiblížil reálné cílové skupině koučinku, avšak s rizikem, že by se tak snížila šance na sestavení dostatečně velkého výzkumného vzorku.

Největší výzvou studie bylo jistě rozhodování, které předcházelo realizaci všech kroků, jak má být zaměřena, co nás vlastně zajímá a co chceme zjistit. Jakmile bylo rozhodnuto, že se bude jednat o kvalitativní studii s širokým záběrem, která bude zahrnovat tolik různých úkolů a typů práce a která může přinést zajímavé objevy, byť prozatím pouze hypotetické, nebylo cesty zpět k jednoduššímu řešení. Navržený design je možná až příliš složitý a výše uvádíme, co mohlo stát v cestě hladkému průběhu výzkumu. Nicméně se domníváme, že komplexnost studie zaručila získaným datům správný kontext, a byli jsme tak schopni je nahlédnout a popsat v celé jejich šíři, stejně jako se později zaměřit na některé konkrétní vybrané údaje.

## **9.6 APLIKACE POZNATKŮ V PRAXI**

Nálezy vyplývající z výzkumu poukazují na to, že v další fázi by bylo optimální realizovat navazující kvalitativně-quantitativní studii, specifikovanou výše. Dále je možné explarovat využití dotazníkových metod, zejména ověření prozatimního překladu WISDM-68 na české populaci bude oblastí našeho dalšího zájmu pro některou navazující práci. Pro obor koučinku tématu odvykání kouření by mohly být užitečné nejen některé dílčí nálezy týkající se například předpokladu nekuřáctví kouče, osobnostních charakteristik obou stran, ale i hodnocení celého programu klienty – specifika jeho rozsahu, intenzity, ceny aj. Obecně se dozvídáme, že koučink hrál přinejmenším jistou roli v procesu odvykání u našich probandů. Až zjistíme v některé další studii, jak velkou, můžeme tuto informaci v ideálním případě využít k účelům propagace služby a doufat v rozšíření spektra jejího dopadu i na početnou skupinu kuřáků, které závislost na tabáku obtěžuje, a proto by bylo žádoucí dosáhnout jejího odstranění.

Pozitivně vnímáme skutečnost, že jsme prostřednictvím tohoto projektu měli možnost vyzkoušet si práci s nástroji, technikami a také spektrem klientů, které bychom za jiných okolností nepoznali. Odnášíme si také zkušenost s vedením rozsáhlého programu, v němž bylo nezbytné klást důraz nejen na jeho celkovou formu, ale také na množství detailů. Naučili jsme se pro svou praxi věnovat pozornost aktuálnímu rozpoložení klientů a zdokonalili jsme se v dovednosti zapisování stručných poznámek za současné plné koncentrace na průběh daného sezení a potřeby klienta.

Hlavním praktickým přínosem studie je rozšíření vědomostní platformy ve veřejně prospěšné oblasti návrhem využití koučinku za pomoci, v českém prostředí doposud nezavedeného, inventáře WISDM-68 jako alternativy intervence, které v této v souvislosti nebyla zatím věnována velká pozornost.

## 10 ZÁVĚR

V naší zemi máme tendenci závažnost kouření velmi zlehčovat - příklady toho, jak je stále, až neevropsky, veřejně přijatelné, vidíme doslova na každém kroku. Snahy o změnu nefunkční legislativy působí zatím spíše jako výsměch paradoxně v populaci majoritně zastoupeným nekuřákům, jejichž práva bývají čteně porušována, když jsou nuceni pracovat, cestovat nebo například večeřet v zakouřeném prostředí, vytvořeném menšinovými kuřáky. Stejně tak často ani v řadách lékařů, zdravotních sester a dalších odborníků na lidské zdraví nezaznamenáváme velkou snahu o propagaci zdravého životního stylu a následky kouření přes svou závažnost bývají nadále neuvěřitelně podceňovány.

Zajímavá situace nastává na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben, kde nacházíme - jako v jediných zdravotnických zařízeních v zemi - špatně větrané kuřárny, nezřídka frekventované i místním personálem. Tím vlastně opět dáváme najevo, že závislost na tabáku není třeba považovat za podobně významnou, jako třeba pití alkoholu nebo hraní hazardních her, které jsou v době pobytu na oddělení s naprostou samozřejmostí zakázány. Vždyť – „*at' si chudáci pacienti aspoň zapálí, co by jim ze života jinak zbylo*” ... Přitom tabák a v něm obsažené látky ovlivňují účinky mnoha používaných psychofarmak. Negativní efekty kouření jsou však jaksi odsunuty na druhou kolej, a naopak domnělá pozitiva iracionálně stavěna na roveň základním životním potřebám.

Je jistě složité najít si pevný postoj ke kouření ve společnosti, kde se běžně více odsuzuje „militantní nekuřáctví” než samotné kouření, jehož dopady jsou zlehčovány. Věříme-li, že se nejedná jen o nežádoucí návyk, zlovyk nebo o nedostatek vůle a sebeovládání, ale o nemoc nárokováající terapii (ideálně hrazenou zdravotními pojišťovnami, jako je tomu v případě závislostí jiných), zaujali jsme úhel pohledu, který zastávají i lékařští odborníci například v Centru pro léčbu závislosti na tabáku.

Kritici mohou namítnout, že skrze diagnózu dochází k rozmělnění individuality člověka, který s problémem přichází, a k jistému stupni zjednodušení. Jistě, vždyť proto říkáme, že se jedná o model závislosti, avšak mít diagnózu znamená disponovat možnostmi řešení, což považuji nejen v případě závislostí za přínos. Můžeme si přece dovolit mírné zjednodušení, pokud nezabředneme do nepřesnosti a bagatelizace, protože nám to často umožňuje vidět konkrétní situaci jasněji a v souvislostech.

Má smysl začít věnovat více pozornosti kouření jako nemoci, která se svými projevy, charakteristikami a intervenčními možnostmi příliš neliší od ostatních, obecně uznávaných závislostí. Je to osvědčený úhel pohledu, který má své funkční postupy.

Tato studie však naznačuje, že možná existuje další varianta přístupu ke kouření a k člověku obecně – tzv. „cesta zkompetentňování“. Místo ukrytí pacienta za plentu diagnózy a odebrání zodpovědnosti nabízí její aktivní převzetí. Co když v otázce kouření nejde nutně o to přestat, ale nabýt kontrolu nad propukající závislostí a udržet ji na individuálně definované míře, i kdyby měla být nulová? Co když je možné nahlédnout na chvíli na závislost, přinejmenším na takovou, která neovlivňuje ve velkém rozsahu vnímání, ještě docela jinak, než nám je standardně prezentováno, ne však z hlediska rozjitřených emocí kuřáků v prekontemplační fázi, ale naopak zcela racionálně?

Vše začíná poznáním skutečných motivů, stojících za daným chováním, a pokračuje cílenou kontinuální prací s nimi. Tato studie nám prostřednictvím představení koučinku a využití inventáře WISDM-68 a dalších nástrojů takový úhel pohledu nabízí.

Ať se však rozhodneme pro kterýkoliv úhel pohledu, je čas detabuizovat téma tabákové závislosti a začít je brát vážně, chceme-li vystupovat konzistentně v boji proti nesvobodě způsobené návykovou látkou, nezlehčovat, nesoudit a opravdu pomáhat.



---

## ZDROJE

1. Atkinson, M. (2009). *Koučink - věda i umění : vnitřní dynamika*. Praha : Portál.
2. Batra, A. (2011). Treatment of Tobacco Dependence. *Deutches Arzteblatt International*, 108(33), 1373–80. doi: 10.3238/arztebl.2011.0555.
3. Bečková, I., & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
4. Borland, R., Yong, H. H., O'Connor, R. J., Hyland, A., Thompson, M.E. (2010). The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine and Tobacco Research*, 12, 45-50.
5. Brandon, T. H., & Baker, T. B. (1991). The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychological Assessment*, 3, 484–491.
6. Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., & Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(5), 811-818. doi:10.1080/14622200802023833.
7. CDC. (2012). *Tips from former smokers*. Centers for Disease Control and Prevention. [online] [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/faq/>.
8. ČAKO. (2012a). *Akreditování koučové*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/vyber-kouce/akreditovani-koucove/>.
9. ČAKO. (2012b) *Etický kodex*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/20/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/o-asociaci/eticky-kodex/>
10. ČAKO. (2012c). *Jak dobře vybrat kouče? (pro firmy i jednotlivce)*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/15/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/vyber-kouce/>.
11. Česká koalice proti tabáku. (n.d.). *Závislost na tabáku*. Česká koalice proti tabáku [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/zavislost>.

12. *Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků.* (2012). Společnost pro prevenci nemocí [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/novinky/ceska-republika-ma-ctvrt-milionu-nezletilych-kuraku-535>.
13. Česko. (2003). *Vyhláška č. 344/2003 Sb. ze dne 30. září 2003, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky.* In Sbírka zákonů České republiky, ročník 2003, částka 113, s. 5647 [cit. 07/14/2012]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2003/sb113-03.pdf>.
14. Česko. (2009). *Zákon č. 140/2009 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník.* In Sbírka zákonů České republiky. Ročník 2009, částka 11, s. 382 [cit. 07/14/2012]. Dostupné z:
15. *Drogy: Používaná terminologie.* (n.d.) Drogy [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>
16. EMCC. (n.d.) *Find mentor / coach.* European mentoring & coaching council [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: [http://www.emccouncil.org/cz/cs/find\\_mentorcoach/results](http://www.emccouncil.org/cz/cs/find_mentorcoach/results).
17. EPPOK. (2012). *Mise etické platformy.* Etická platforma profesních organizací koučů [online]. [cit. 07/20/2012]. Dostupné z: <http://www.eppok.cz/cs/>.
18. Etter, J., Houezec, J. L., & Perneger, T. V. (2003). A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*, 28(2), 359-70. doi:10.1038/sj.npp.1300030.
19. European Commission. (2012). *Smokers between 15 and 24, by sex.* European Commission [online]. [cit. 07/05/2012]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00170>
20. Evropská komise. (2010). *Exkuřáci jsou nezastavitelní.* Evropská komise [online]. [cit. 06/22/2012]. Dostupné z: <http://www.exsmokers.eu/>.
21. Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*. 3(34), 235–241.

22. Fajmonová, D. (2004). *Psychologické aspekty osobního rozvoje*. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha.
23. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
24. Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update Clinical practice guideline. *Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service* [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: [http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
25. Fischer-Epe, M. (2006). *Koučování: zásady a techniky profesního doprovázení*. Praha: Portál.
26. Gallwey, W. T. (2008). *The Inner Game of Tennis: The Classic Guide to the Mental Side of Peak Performance*. New York: Random House.
27. Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700-715. doi:10.1016/j.beth.2011.03.002.
28. Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Prochaska, J. J., & Robbins, J. A. (2011). Using Extended Cognitive Behavioral Treatment and Medication to Treat Dependent Smokers. *American Journal Of Public Health*, 101(12), 2349-2356. doi:10.2105/AJPH.2010.300084.
29. Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*, 86, 1119-1127.
30. Hendl, J. (1997). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
31. Heyman, G. M. (1996). Resolving the contradictions of addiction. *Behavioral and Brain Sciences*, 19, 561–610.

32. Hrubá, D., Žaloudíková, I. (2008). Where do our children learn to smoke?. *Central European Journal of Public Health*, 16(4), 171-174
33. Hrubá, D., Žaloudíková, I., & Matějová, H. (2010). Similarities and differences between smoking and non-smoking ten-year-old children in primary schools. *Central European Journal Of Public Health*, 18(1), 19-24.  
<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>.
34. Hu, M., Griesler, P., Schaffran, C., & Kandel, D. (2011). Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 52(10), 1063-1072. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02362.x.
35. ICF. (2009). *ICF - International Coach Federation (Mezinárodní federace koučů)*. ICF Czech Republic [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: <http://www.coachfederation.cz/>.
36. ICF. (2012). *2012 ICF Global Coaching Study: Executive Summary*. ICF: International Coaching Federation [online]. [cit. 07/13/2012]. Dostupné na: <http://www.coachfederation.org/includes/media/docs/2012ICFGlobalCoachingStudy-ExecutiveSummary.pdf>.
37. Iversen, L. (2006). *Léky a drogy: Průvodce pro každého*. Praha: Dokořán.
38. Janík, A., & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
39. Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, (100)1, 13-18.
40. Králíková, E. (2011). *Farmakoterapie závislosti na tabáku*. Mladá fronta: Zdravotnické noviny, 2/2011 [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/farmakoterapie-zavislosti-na-tabaku-457736>.
41. Králíková, E., & Kozák, J. (1997). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf.
42. Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
43. Krmenčík, P. (2011). *Enpsyro - Tabák viržinský - Nicotiana tabacum*. Encyklopedie psychotropních rostlin [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enpsyro/index.php?R=pj3rnic>

44. Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal (International Edition)*, 321(7257), 355-358.
45. Lieb, R., Schreier, A., Pfister, H., & Wittchen, H. (2003). Maternal Smoking and Smoking in Adolescents: A Prospective Community Study of Adolescents and Their Mothers. *European Addiction Research*, 9(3), 120-130. doi: 10.1159/000070980.
46. Lowenstein, W., & Rouch, D. (2007). *Femmes et dépendances: une maladie du siècle*. Paris: Calmann-Lévy.
47. Martin, T. (2002). *Global Smoking Statistics for 2002: Overall Stats and Youth Smoking Facts*. Smoking Cessation [online]. [cit. 07/04/2012]. Dostupné z: <http://quitsmoking.about.com/cs/antismoking/a/statistics.htm>.
48. Milton, B., Cook, P. A., Dugdill, L., Porcellato, L., Springett, J., & Woods, S. E. (2004). Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. *Public Health (Elsevier)*, 118(4), 247-255. doi:10.1016/j.puhe.2003.10.006.
49. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
50. Národní soustava povolání. (n.d.) *Kouč*. Národní soustava povolání: katalog [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: [http://katalog.nsp.cz/karta\\_p.aspx?id\\_jp=101573&kod\\_sm1=11](http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=101573&kod_sm1=11).
51. Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
52. Nonnemaker, J. M. & Homsí, G. (2007). Measurement properties of the Fagerström Test for nicotine dependence adapted for use in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 32, 181-186.
53. Novák, M. (1980). *O kouření*. Praha: Avicenum.
54. O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tarasuk, J., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Paradis, G., Hanley, J. (2002). Assessment of nicotine

- dependence symptoms in adolescents: A comparison of five indicators. *Tobacco Control*, 11(4), 354-360.
55. Olivero, G., Bane, K.D., & Kopelman, R.E. (1997). Executive coaching as a transfer of training tool: Effects on productivity in a public agency. *Public Personnel Management*, 26(4), 461-469.
  56. Paipo. (2007a). *Historie kouření*. Paipo [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.mypaipo.eu/historie-koureni/>.
  57. Paipo. (2007b). *Paipo - kouření bez kouře* [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.mypaipo.eu/>
  58. Piper, M., McCarthy, D., Bolt, D., Smith, S., Lerman, C., Benowitz, N., Fiore, M., & Baker, T. (2008). Assessing dimensions of nicotine dependence: An evaluation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Nicotine And Tobacco Research*, 10(6), 1009-1020. doi: 10.1080/14622200802097563.
  59. Piper, M., Piasecki, T., Ferman, E., Bolt, D., Smith, S., Fiore, M., & Baker, T. (2004). A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 139-154. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.139.
  60. Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika.
  61. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL.: Dow Jones-Irwin.
  62. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 51(3), 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390.
  63. Registr koučů ČR. (n.d.). *Jak vybrat správného kouče: desatero špičkových koučů*. Registr koučů ČR [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.koucove.cz/jak-vybrat-kouce>.

64. Riethof, N. (2004) *Koučování: Determinanty efektivnosti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha.
65. Shenassa, E., Graham, A., Burdzovic, J., & Buka, S. (2009). Psychometric properties of the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68): A replication and extension. *Nicotine And Tobacco Research*, 11(8), 1002-1010. doi: 10.1093/ntr/ntp109.
66. Slezák, R., Ryška, A., & Kosorínová, K. (n.d.). *Biochemie a patofyziologie kouření: Alkaloidy tabáku*. Lékařská fakulta Hradec Králové - Fingerlandův ústav patologie [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz/patanat/koureni/0402.htm>
67. Smith, S., Piper, M., Bolt, D., Fiore, M., Wetter, D., Cinciripini, P., & Baker, T. (2010). Development of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. *Nicotine And Tobacco Research*, 12(5), 489-499. doi: 10.1093/ntr/ntq032.
68. Soukup, J. (2008). *Motivace k odvykání kouření*. Motivační rozhovory: Sdružení pro motivační rozhovory [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: [http://www.motivacnirozhovory.cz/o\\_motivacnich\\_rozhovorech/#kestaze](http://www.motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech/#kestaze) ni.
69. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. (2010). *Pracovní postup: pro léčbu závislosti na tabáku*. Nepublikovaný interní dokument. Praha.
70. SRNT Europe. (2011). *Tests for nicotine dependence: in chronological order*. Society for Research on Nicotine and Tobacco [online]. [cit. 07/08/2012]. Dostupné z: <http://www.srnteurope.org/assets/tests-nicotine-dependence.pdf>.
71. Sussman, S. (2005). The Relations of Cigarette Smoking with Risky Sexual Behavior among Teens. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(2/3), 181-199. doi:10.1080/10720160500203732.
72. Swan A.V., Creaser R., & Murray M. (1990). When and why children first start to smoke. *International Journal of Epidemiology*. 19(2), 323-30.



73. Šmejkalová, A. (2012). *Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření*. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha.
74. Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
75. Thakur, N. M., Rosenthal, M. P., Latta, P., Robinson, J. L., & Diamond, J. J. (2003). Cigarette Sources For Teens By Grade: Implications For Prevention And Intervention. *Internet Journal Of Academic Physician Assistants*, 3(1), 35.
76. Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147–168.
77. Tobacco News and Information. (2004). *1964: First Surgeon General's Report: 1st Surgeon General Report: Smoking And Health*. Tobacco.org: Tobacco news and information [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: [http://archive.tobacco.org/resources/history/1964\\_01\\_11\\_1st\\_sgr.html](http://archive.tobacco.org/resources/history/1964_01_11_1st_sgr.html).
78. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. (1964). *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Profiles in Science National Library of Medicine [online]. [cit. 07/07/2012]. Dostupné z: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBMQ.pdf>.
79. University of Minnesota. (2003). *Nicotine Addiction*. University of Minnesota [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www1.umn.edu/perio/tobacco/nicaddct.html>.
80. Vajer, P., Urban, R., Tombor, I., Stauder, A., & Kalabay, L. (2011). Psychometric Properties and Construct Validity of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives in an Internet-Based Sample of Treatment-Seeking Hungarian Smokers. *Nicotine And Tobacco Research*, 13(4), 273-281. doi: 10.1093/ntr/ntq254.
81. Vrtenova, L. (n.d.). *Historie: Tabák (Nicotiana tabacum)*. Historie. [online] [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://lenavrtenova.ic.cz/index5.htm>.

82. Vuchinich, R. E., & Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181–195.
83. Wackowski, O., & Delnevo, C. D. (2007). Menthol cigarettes and indicators of tobacco dependence among adolescents. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1964–1969. doi:10.1016/j.addbeh.2006.12.023.
84. Wellman, R. J., Savageau, J. A., Godiwala, S., Savageau, N., Friedman, K., Hazelton, J., & Difranza, J. R. (2006). A comparison of the hooked on nicotine checklist and the fagerström test for nicotine dependence in adult smokers. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 8(4), 575–580.
85. Whitmore, J. (2009). *Koučování: rozvoj osobnosti a zvyšování výkonnosti : metoda transpersonálního koučování*. Praha: Management Press.
86. WHO. (2003). *Young girls using tobacco almost as much as boys in many regions of the world*. World Health Organization [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr64/en/>.
87. WHO. (2005). *World : Percentage of tobacco use among adults, 2005*. World Health Organization [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: [http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_WHS08\\_TobaccoAdults\\_2005.png](http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_WHS08_TobaccoAdults_2005.png).
88. WHO. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. Praha: Bomton Agency. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
89. Young, S. (2011). *Pull menthol cigarettes, FDA advisers urge*. CNN Health: The Chart [online]. [cit. 07/08/2012]. Dostupné z: <http://thechart.blogs.cnn.com/2011/03/18/pull-menthol-cigarettes-fda-advisers-urge/>.
90. Záleský, R. (2007). KBT závislostí. In J. Praško, P. Možný & M. Šlepecký a kol. (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (pp. 855–885). Praha: Triton.

91. Zernig, G., Wallner, R., Grohs, U., Kriechbaum, N., Kemmler, G., & Saria, A. (2008). A randomized trial of short psychotherapy versus sustained-release bupropion for smoking cessation. *Addiction*, 103(12), 2024-2031. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02348.x.
92. Žaloudíková, I., Hrubá, D., & Samara, I. (2012). Parental education and family status - association with children's cigarette smoking. *Central European Journal Of Public Health*, 20(1), 38-44.

---

# PŘÍLOHY

## SEZNAM PŘÍLOH:

Pohled zevnitř .....	164
Historie kuřáctví .....	167
Informovaný souhlas klienta u výzkumného projektu.....	171
Souhlas etické komise VFN .....	172
Fagerströmův test nikotinové závislosti .....	173
WISDM-68 originál .....	174
WISDM-68 překlad .....	176
Kuřácký assessment .....	178
Dotazník zpětné vazby .....	183
Informační leták .....	186

## POHLED ZE VNITŘ – INTROSPEKCE AUTORKY PROJEKTU

Jak bylo zmíněno dříve, projekt Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření změnil i můj osobní život. Nebylo to původně vůbec v plánu - i já jsem se dlouho nacházela v temné prekontemplační fázi a ještě delším kontemplačním období, kdy jsem si začala všímat, že „všichni rozumní lidé“ v mém okolí přestávají kouřit. Zatím jsem to nesla nelibě, postupně jsem však dozrála do fáze přípravy, která byla nakonec mnohem kratší, než bych si dříve uměla představit, až najednou přišla akce a s ní i můj den „D“. Rozhodla jsem se vyzkoušet si, jaké to je, přestat kouřit, a původně jsem si říkala, že to bude jen na chvíli, konkrétně na tři měsíce, po dobu trvání projektu. „*A pak se ke kouření zase vrátím,*“ říkala jsem si, avšak ve skrytu duše si přála, aby se to už nestalo, abych zkrátka přivykla slastem nekouření a necítila po 92 dnech už potřebu se vracet. Zpětně vnímám tento sebeklam jako velmi užitečný, protože mi pomohl překonat stav paniky, s nímž se mnoho kuřáků setkává, z toho, že „už si nikdy nebudou moci zapálit“.

Dny rychle plynuly a ten, v mém diáři červeně vyznačený jako „D“, se neúprosně blížil. Hrůza ve mně narůstala zprvu pozvolna a mísila se se vzrušením z neznámého, avšak jakmile jsem se probudila do svého **posledního** kuřáckého dne, věděla jsem, že to tak snadné nebude - a z toho mi bylo najednou jasné, že jak se znám, přestávám nejspíš opravdu navždy, což mi ještě přitížilo. Vybavena dvěma krabičkami svých **posledních** „camelek“ jsem mu odvážně vyrazila vstříc, ale uvnitř jsem cítila stoupající úzkost a skrze stažené hrdlo mi **poslední** cigaretový dým klouzal jen obtížně. Paradoxně jsem celý den přemílala jediné přání – „*ať už je zítra!*“. Ať už je ten den „D“, kdy bude jasné, že opravdu nekouřím. Tryzna za „poslední chvílky štěstí“ však neúprosně pokračovala. Před spaním jsem vykouřila až na čtyři cigarety zbytek krabičky a tu pevně oblepila tlustou vrstvou izolepy.

Kreativní rada z Centra pro léčbu závislosti na tabáku, kam jsem se, abych zevnitř poznala, co tam nabízejí, sama přihlásila, mi velmi usnadnila několik prvních dní. Vždyť já jsem z domu bez krabičky „modrých velbloudů“ už nevyšla, ani nepamatuji. A tak jsem s nimi chodila i dále - jen by velmi dlouho trvalo si jednu

vytáhnout, a mezitím by jistě přešla chuť - další prospěšný sebeklam. Až o několik týdnů později jsem si ve své kanceláři během sezení s odvykající klientkou při pohledu úkosem na stolek uvědomila, že jsem si večer připravila jinou kabelku - a po nejspíš několika letech u sebe nemám cigarety. A - panika se nedostavila. Zkrátka jsem je už nepotřebovala. To zjištění mi udělalo opravdovou radost a cítila jsem intenzivní potřebu se odměnit. Co bych jindy vyřešila cigaretou před budovou jsem již uměla jinak, za ušetřené peníze jsem si začala dělat radost. Naučila jsem se odkládat pozitivky a v důsledku je maximalizovat, což mi dává pocit, že jsem v procesu svého odvykání dospěla a získala kontrolu.

Neříkám, že to bylo snadné, zejména první tři dny abstinenčních příznaků jsem nesla těžce a bohužel nejen já - ale dodnes jsem svému tátovi, také už snad navždy nekouřícímu kuřákovi, vděčná, že mě nezavrhla a nezprostředkoval mi raději ze zoufalství známou modrou krabičku. Překvapivá závažnost odvykacího stavu mě však jen utvrdila v pocitu, že je nutné se závislosti zbavit, vymanit se démonovi nikotinu, který se vždy lísal, až teď, když ho chci opustit, ukázal konečně svou pravou tvář.

Po třech dnech začal čas, který se doposud zoufale vlekl, utíkat rychleji, rozběhla se praktická část mého projektu - a bylo hned o důvod víc se nevzdat a „nedat si jen jednu“, tu, kterou to většinou celé znovu začíná. Musím přiznat, že nejen já jsem (viz kap. 7) inspirovala své klienty, ale i pro mě byla naše společná práce silnou motivací vydržet. Ještě pár slabších chvil, zejména v prvním měsíci, kdy jsem poprvé procházela nejrůznějšími situacemi, které jsem měla s kouřením spojené - a že jich nebylo málo, postupně jsem se „vypracovala“ do stavu, kdy jsem dokázala kouřit skoro i při plavání - ale skutečně se osvědčilo pravidlo, že stačí situaci jednou zvládnout, nepodlehnout a napříště to už nebude problém. S příchodem jara jsem navíc začala postupně nacházet potěšení v množství věcí, jichž bych si dříve, zahalená oparem cigaretového dýmu, ani nevšimla.

Po třech měsících byl projekt úspěšně uzavřen a s jeho koncem začala další etapa mého nekouření - již nebylo podmíněčné, ale naprosto svobodné. Ani mě nenapadlo se teď, po všem tom úsilí, ke kouření vracet. Jestli jsem zpočátku s lítostí cítila, že **nesmím kouřit**, nyní jsem již **nemusela kouřit**, nebo lépe, **mohla nekouřit**. A

to je cesta, které se zatím stále držím, a vím, že je jen na mě, abych z ní nesešla. Nejde pouze o jednorázové rozhodnutí, ale o věrnost na celý život. Za to si užívám nově nabytou svobodu a volně dýchám.

Za nic bych se už nechtěla vracet zpět do temného vězení své závislosti a zkušenosti podobného prožitku bych ráda přiblížila prostřednictvím koučovacího procesu i své klienty.

## HISTORIE KUŘÁCTVÍ

Kouření není pro člověka přirozené a ani tak staré jako lidstvo samo (Králíková & Kozák, 1997). „*Tabák je jedním z darů Nového světa světu starému*” (Novák, 1980, s. 9), třebaže dar poněkud danajský. Starý svět skutečně kouření tabáku neznal, byť jeho obětní rituály zahrnovaly aromatizaci kouře ze spalování obětí vonnými bylinami. Nicméně tabák (*Nicotiana tabacum*) pochází z amerického kontinentu, proto byl až do 15. století zbytku světa neznámým. O jeho původu existuje řada mýtů, mezi nimi například tento:

*Indiánský kmen Huronů v Severní Americe si uchoval mýtus o původu tabáku. Říká, že kdysi dávno byl velký hladomor a celá země se stala neúrodnou. Po mnoha prosbách poslal Velký Duch nahou dívku, aby uzdravila zemi a zachránila lid. Dotkla se země pravou rukou a v místě doteku vyrostly brambory a země se stala úrodnou. Kde se dotkla levou rukou, tam se země zazelenala a zaplnila obilím. Potom se dívka posadila a od tohoto místa se začal šířit tabák”* (Vrtenova, n.d.; Králíková & Kozák, 1997).

Co začalo u domorodých kmenů jako rituální požitek, vyhrazený hrstce příslušníků, bylo převzato a rozšířeno námořníky po objevení Ameriky a již v roce **1493** si Kolumbův pobočník **Rodrigo de Jerez del Ayamote** přivezl při návratu velkou zásobu tabákových listů, a je tak **považován za prvního evropského kuřáka**. Nehledě na slávu námořníků navrátilivších se z dalekých cest bylo kouření zpočátku zejména ve Španělsku a Portugalsku považováno za hříšné počínání a ďábelský návyk, kuřáci dokonce za ďáblem posedlé. I slavný první kuřák Rodrigo byl inkvizičním úřadem obviněn z čarodějnictví. Hrozilo mu upálení a jedině pro Kolumbovu přímluvu u krále byl „pouze” vsazen na 10 let do žaláře.

Avšak velmi záhy se rozkřiklo, že tabák disponuje domnělými léčivými účinky a jeho pěstování a kouření se začalo rozmáhat. Byl prezentován jako „zázračná



americká bylina” a šlechtěn nyní i na španělských a portugalských dvorech. Botanické pojmenování (Nicotiana) rostlina získala po tehdejším francouzském vyslanci v Lisabonu, který se jejím pěstováním osobně zabýval a snažil se společnost přesvědčit o jejích léčivých účincích. Dokonce ji i doporučil francouzské královně Kateřině Medicejské ve snaze získat její podporu pro masovější výrobu. Později se ukázalo, že rostlina nemůže dostát své pověsti a její léčivá síla je přeceňována, a tabák se stal drogou ke kouření a šňupání.

Rozšířil se dále do Anglie za vlády královny Alžběty kolem roku 1565 a v sedmnáctém století byl již znám v celé Evropě. Díky portugalské kolonizaci byl přenesen také do Číny, Indie a Japonska. Jeho obliba v naší zemi vzrostla za vlády Rudolfa II. a v ještě větším rozsahu za třicetileté války, kdy se tabák stal nezbytnou součástí výbavy na frontách. Za Marie Terezie bylo doporučováno k léčení zažívacích potíží tzv. nakuřování, které je zmiňováno jako nebezpečná „babská medicína” ještě v 50. letech 20.století. Tato aplikace tabákového kouře do rekta byla příčinou smrti mnoha po domácímu ošetřovaných dětí a kojenců (Novák, 1980).

Kouření již od počátku svého světového rozmachu nebylo pouze jednoznačně přijímáno, ale našli se i jeho odpůrci. Mezi první z nich, jejichž názory pronikly snadno na veřejnost, patřil anglický a skotský král Jakub I., který kuřáky začal stíhat a trestat a vydal dokonce latinsky jeden z prvních veřejných manifestů proti kouření (A Counterblaste to Tobacco). Jeho nástupce Karel však všechny zákazy a přísné tresty (vyhnanství, pokuty, bičování) zrušil a za poplatky do královské pokladnice umožnil prodej tabáku. Zavedl tak vlastně první model profitování státu na tabákových výrobcích.

Také římskokatolická církev kouření odsuzovala, zejména pro znečišťování svých svatostánků, kde šli kněží špatným příkladem svým věřícím a ti po jejich vzoru kouřili, šňupali a žvýkali tabák přímo v kostelech. Kolem roku 1640 papež Urban VIII. vydal bulu, v níž hrozí exkomunikaci každému, kdo by neuposlechl zákazu užívat tabák v prostorách chrámů.

Turečtí sultáni do boje proti kouření vyrazili ještě vehementněji a Ahmed a následně jeho syn Murad IV. kuřáky mučili k smrti, popravovali a dokonce osobně vraždili „pro výstrahu“. Nehledě na původní tvrdý odpor se staly blízkovýchodní země druhou vlastí tabáku a i dnes v nich žije velké procento světových kuřáků (WHO, 2005).

Prostřednictvím obchodních vztahů se do styku s tabákem dostalo kolem roku 1605 Rusko. Již v roce 1634 byl carem Michailem Fjodorovičem Romanovem vydán přísný zákaz mu holdovat a tomu, kdo si nevzal ponaučení z mírnějších trestů, byly rozříznuty rty, aby jejich majitel již nikdy nemohl pohodlně kouřit. Podobně kruté tresty se v průběhu dějin objevily leckde (v Rusku je nakonec zrušil náruživý kuřák, car Petr Veliký), avšak žádný panovník ani církevní hodnostář nedosáhl cíle, jímž bylo požívání tabákových výrobků eliminovat.

Vlna kuřáckého nadšení proběhla celým světem, než si mocní uvědomili, že nemohou-li jej vymýtit, začnou na něm tedy vydělávat peníze. Napoleon využil příležitosti a ustavil státní monopol na hospodaření s tabákem. Jeho příklad začali následovat další a vzhledem k příjmům z něj plynoucích není divu, že je dodnes tabák legální, nejrozšířenější a víceméně státy podporovanou drogou.

Objevení cigarety bývá přisuzováno egyptskému dělostřelectvu. „Když roku 1832, během turecko-egyptské války, obléhali město Akkon (Acre), dnešní Izrael, vyzkoušeli balit střelný prach do papírových tubusů, čímž zvýšili průraznost jejich střel. Za tento počín byli odměněni půl kilogramem tabáku. Naneštěstí byla jejich jediná fajfka rozbitá a tak začali balit tabák do papírových tubusů. (...) Popularita cigaret v Evropě dále vzrostla během Krymské války (1853-1856), kdy britští vojáci zjistili, že cigarety jejich tureckých spojenců jsou více praktické než doutníky a fajfky. Dalšímu rozšíření cigaret pomohlo vynalezení balicího stroje na cigarety Jamesem A. Bonsackem v roce 1880. Tento stroj o mnoho snížil jejich ceny, neboť mohl zabalit více než 10 000 cigaret za hodinu. V roce 1919 byly cigarety již více populární než doutníky” (Paipo, 2007a).

Z asi 60 známých odrůd rostliny *Nicotiana*, rozšířené po všech světadílech, se k výrobě kuřiva používá nejvíce tabák viržinský (*Nicotiana tabacum*) a tabák selský (*Nicotiana rustica*). Ač se od počátku lékaři obávali možných nežádoucích účinků kouření, první klinickou studie o jeho škodlivosti provedl až v roce 1859 francouzský lékař M. Bouisson, který si všiml častého vzniku rakoviny úst u kuřáků dýmek. O téměř sedmdesát let později neworleanští chirurgové A. Ochsner a M. E. de Bakey zjistili, že téměř všichni pacienti s rakovinou byli kuřáky cigaret a lékaři vyslovili domněnku o příčinném vztahu mezi nárůstem případů rakoviny a rozmachem kuřáctví. Ve stejné době lékařský statistik R. Pearls demonstroval data, z nichž jasně plynulo, že kuřáci mají menší naději na delší život než ti, kteří nikdy nekouřili, a zároveň potvrdil hypotézu, že kouření je spojeno i s jinými nemocemi, než je rakovina plic (s níž jej pokusně propojil argentinský vědec A. H. Roffo v roce 1939).

V roce 1964 vydal hlavní lékař USA „Surgeon General’s Report on Smoking and Health” (tzv. Terryho report), prohlášení, které argumentovalo rozsáhlou metaanalýzou všech dosavadních zjištění a závěrů studií v této oblasti s jasným vyzněním - kouření je škodlivý návyk natolik závažný, že je třeba proti němu začít vyvíjet zdravotnické protiakce (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1964). V té době kouřila polovina Američanů a dokonce i dětské televizní stanice byly sponzorovány tabákovými koncerny. Do tří měsíců od vydání Terryho reportu se spotřeba tabáku snížila o 20%, aby později opět vzrostla a dokonce přesáhla tu dosavadní (Tobacco News and Information, 2004). Podobně formulovala svůj přístup ke kouření Světová zdravotnická organizace WHO a vyzvala členské státy k provedení účinných opatření k omezení kuřáctví (Novák, 1980).

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA U VÝZKUMNÉHO PROJEKTU**

Název studie: Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření

Autorka výzkumu: Andrea Šmejkalová

Jméno klienta:

Datum narození:

Kontaktní telefon:

Klient byl do studie zařazen pod číslem:

Odpovědný lékař:

**1. Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.**

2. Byl (a) jsem podrobně a srozumitelně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, časovém plánu, očekávaných přínosech a o tom, co se ode mě očekává. Na své otázky jsem obdržel (a) jasné odpovědi. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Budu v projektu s autorkou výzkumu spolupracovat. Byl (a) jsem poučen (a), že pro maximalizaci přínosů je vhodné neukončovat mou účast ve studii před jejím ukončením.
4. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či od ní odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platné legislativy ČR na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.
6. V případě mé registrace v Centru pro léčbu závislosti na tabáku III. interní kliniky VFN souhlasím s nahlížením autorky studie do mé zdravotnické dokumentace vedené v tomto místě. Pro tento případ je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat.
7. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, to je anonymní data pod číselným kódem nebo označena pouze iniciály. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
8. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
9. Porozuměl (a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis klienta:

Datum :

-----

Podpis autorky výzkumu:

Datum:

-----

## SOUHLAS ETICKÉ KOMISE VFN

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze  
ETHICS COMMITTEE  
of the General University Hospital, Prague  
Letterhead of the Ethics Committee (hereafter EC)

Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2  
tel. 224964131  
Fax: 224964132  
including address

Vážená paní  
Andrea Šmekalová  
III. Interní klinika VFN a I.LFKU  
U Nemocnice 1  
128 08 Praha 2

č.j.258/12 S-IV (ind.výzkum)  
datum/date 16.2.2012

Zasílací adresa:

Vážená paní Šmekalová,  
etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 16.2.2012 Vámi předložený projekt – ind.výzkum  
č.j.258/12 S-IV (ind.výzkum).

Název studie – ind.výzkumu:

Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the  
written Annual Report from the CT commencement:

☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to  
assessment and issue of the EC opinion:

☐ Ano, zdůvodnění /Yes, reasons ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: závěrečná práce bakalářského studia

**Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form:** 7.2.2012

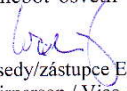
**Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session:** 16.2.2012(15,30-18,35 h)

Seznam předložených dokumentů

Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii podepsaný hlavním řešitelem, kontakt na řešitele dat.6.2.2012
Popis výzkumného projektu dat.6.2.2012
Informovaný souhlas dat.6.2.2011
Čestné prohlášení a souhlas přednosty kliniky prof.MUDr.Štěpánem Svačinou, DrSc,MBA dat.6.2.2012
Souhlas náměstka pro NZP Mgr.Dity Svobodové dat.6.2.2012
CV Andrey Šmekalové

Stanovisko etické komise VFN:

EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací v Referenčním centru pro závislé na tabáku při III.interní klinice I.LF UK a VFN **s podmínkou** nezbytného připojení předloženého letáku "Pomohu Vám přestat kouřit a zvýšit motivaci nezačít znovu" k Informovanému souhlasu pacienta, neboť osvětlí význam slova koučování i navržený postup.

  
Podpis předsedy/zástupce EK VFN  
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.  
Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze

Strana 1 (celkem 2)

## **Fagerströmův test nikotinové závislosti**

Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND)

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čes. a slov. psychiatrie, 100, 1, 13-18.

**1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?**

- a) Do 5 minut      3 body
- b) Za 6-30 minut 2 body
- c) Za 31-60 minut      1 bod
- d) Po 60 minutách      0 bodů

**4. Kolik cigaret denně kouříte?**

- a) 0-10      0 bodů
- b) 11-20      1 bod
- c) 21-30      2 body
- d) 31 a více      3 body

**2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?**

- a) Ano      1 bod
- b) Ne      0 bodů

**5. Kouříte častěji během dopoledne?**

- a) Ano      1 bod
- b) Ne      0 bodů

**3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?**

- a) První ráno      1 bod
- b) Kteroukoli jinou      0 bodů

**6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko?**

- a) Ano      1 bod
- b) Ne      0 bodů

### **Součet bodů:**

0-1 žádná nebo velmi malá závislost

2-4 střední závislost

5-10 silná závislost na nikotinu

## WISDM-68 The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives

57

### Appendix B. The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68)

Below are a series of statements about cigarette smoking. Please rate your level of agreement for each using the following scale:

	1	2	3	4	5	6	7
	Not True of Me At All						Extremely True of Me
1. I enjoy the taste of cigarettes most of the time.					1	2 3 4 5 6 7	
2. Smoking keeps me from gaining weight.					1	2 3 4 5 6 7	
3. Smoking makes a good mood better.					1	2 3 4 5 6 7	
4. If I always smoke in a certain place it is hard to be there and not smoke.					1	2 3 4 5 6 7	
5. I often smoke without thinking about it.					1	2 3 4 5 6 7	
6. Cigarettes control me.					1	2 3 4 5 6 7	
7. Smoking a cigarette improves my mood.					1	2 3 4 5 6 7	
8. Smoking makes me feel content.					1	2 3 4 5 6 7	
9. I usually want to smoke right after I wake up.					1	2 3 4 5 6 7	
10. Very few things give me pleasure each day like cigarettes.					1	2 3 4 5 6 7	
11. It's hard to ignore an urge to smoke.					1	2 3 4 5 6 7	
12. The flavor of a cigarette is pleasing.					1	2 3 4 5 6 7	
13. I smoke when I really need to concentrate.					1	2 3 4 5 6 7	
14. I can only go a couple hours between cigarettes.					1	2 3 4 5 6 7	
15. I frequently smoke to keep my mind focussed.					1	2 3 4 5 6 7	
16. I rely upon smoking to control my hunger and eating.					1	2 3 4 5 6 7	
17. My life is full of reminders to smoke.					1	2 3 4 5 6 7	
18. Smoking helps me feel better in seconds.					1	2 3 4 5 6 7	
19. I smoke without deciding to.					1	2 3 4 5 6 7	
20. Cigarettes keep me company, like a close friend.					1	2 3 4 5 6 7	
21. Few things would be able to replace smoking in my life.					1	2 3 4 5 6 7	
22. I'm around smokers much of the time.					1	2 3 4 5 6 7	
23. There are particular sights and smells that trigger strong urges to smoke.					1	2 3 4 5 6 7	
24. Smoking helps me stay focussed.					1	2 3 4 5 6 7	
25. Smoking helps me deal with stress.					1	2 3 4 5 6 7	
26. I frequently light cigarettes without thinking about it.					1	2 3 4 5 6 7	
27. Most of my daily cigarettes taste good.					1	2 3 4 5 6 7	
28. Sometimes I feel like cigarettes rule my life.					1	2 3 4 5 6 7	
29. I frequently crave cigarettes.					1	2 3 4 5 6 7	
30. Most of the people I spend time with are smokers.					1	2 3 4 5 6 7	
31. Weight control is a major reason that I smoke.					1	2 3 4 5 6 7	
32. I usually feel much better after a cigarette.					1	2 3 4 5 6 7	
33. Some of the cigarettes I smoke taste great.					1	2 3 4 5 6 7	
34. I'm really hooked on cigarettes.					1	2 3 4 5 6 7	
35. Smoking is the fastest way to reward myself.					1	2 3 4 5 6 7	
36. Sometimes I feel like cigarettes are my best friends.					1	2 3 4 5 6 7	

37. My urges to smoke keep getting stronger if I don't smoke.	1	2	3	4	5	6	7
38. I would continue smoking, even if it meant I could spend less time on my hobbies and other interests.	1	2	3	4	5	6	7
39. My concentration is improved after smoking a cigarette.	1	2	3	4	5	6	7
40. Seeing someone smoke makes me really want a cigarette.	1	2	3	4	5	6	7
41. I find myself reaching for cigarettes without thinking about it.	1	2	3	4	5	6	7
42. I crave cigarettes at certain times of day.	1	2	3	4	5	6	7
43. I would feel alone without my cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
44. A lot of my friends or family smoke.	1	2	3	4	5	6	7
45. Smoking brings me a lot of pleasure.	1	2	3	4	5	6	7
46. Cigarettes are about the only things that can give me a lift when I need it.	1	2	3	4	5	6	7
47. Other smokers would consider me a heavy smoker.	1	2	3	4	5	6	7
48. I feel a strong bond with my cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
49. It would take a pretty serious medical problem to make me quit smoking.	1	2	3	4	5	6	7
50. When I haven't been able to smoke for a few hours, the craving gets intolerable.	1	2	3	4	5	6	7
51. When I do certain things I know I'm going to smoke.	1	2	3	4	5	6	7
52. Most of my friends and acquaintances smoke.	1	2	3	4	5	6	7
53. I love the feel of inhaling the smoke into my mouth.	1	2	3	4	5	6	7
54. I smoke within the first 30 minutes of awakening in the morning.	1	2	3	4	5	6	7
55. Sometimes I'm not aware that I'm smoking.	1	2	3	4	5	6	7
56. I'm worried that if I quit smoking I'll gain weight.	1	2	3	4	5	6	7
57. Smoking helps me think better.	1	2	3	4	5	6	7
58. Smoking really helps me feel better if I've been feeling down.	1	2	3	4	5	6	7
59. Some things are very hard to do without smoking.	1	2	3	4	5	6	7
60. Smoking makes me feel good.	1	2	3	4	5	6	7
61. Smoking keeps me from overeating.	1	2	3	4	5	6	7
62. <i>My smoking is out of control.</i>	1	2	3	4	5	6	7
63. I consider myself a heavy smoker.	1	2	3	4	5	6	7
64. Even when I feel good, smoking helps me feel better.	1	2	3	4	5	6	7
65. I reach for cigarettes when I feel irritable.	1	2	3	4	5	6	7
66. I enjoy the sensations of a long, slow exhalation of smoke.	1	2	3	4	5	6	7
67. Giving up cigarettes would be like losing a good friend.	1	2	3	4	5	6	7
68. Smoking is the easiest way to give myself a lift.	1	2	3	4	5	6	7

---

(Piper et al., 2004)



# Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření

(WISDM-68 – překlad a úprava: Andrea Šmejkalová)

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Níže najdete několik výroků o kouření cigaret. Prosím ohodnoťte, jak s každým z nich souhlasíte, na následující škále.

1	2	3	4	5	6	7
Vůbec nesouhlasím/ Vůbec mě nevystihuje						Naprosto souhlasím/ Naprosto mě vystihuje

1. Cigareta mi většinou chutná.	1	2	3	4	5	6	7
2. Díky cigaretám nepřibývám na váze.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kouření umocňuje dobrou náladu.	1	2	3	4	5	6	7
4. Na místě, kde vždy kouřím, je pro mě těžké nekouřit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Často kouřím bezmyšlenkovitě, automaticky.	1	2	3	4	5	6	7
6. Cigarety mě ovládají.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kouření mi zlepšuje náladu.	1	2	3	4	5	6	7
8. Kouření mě uspokojuje.	1	2	3	4	5	6	7
9. Většinou chci kouřit hned po probuzení.	1	2	3	4	5	6	7
10. Velmi málo věcí mě uspokojuje tak jako cigarety.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je těžké ignorovat nutkání kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
12. Chuť cigarety je mi příjemná.	1	2	3	4	5	6	7
13. Kouřím, když se opravdu potřebuji soustředit.	1	2	3	4	5	6	7
14. Bez cigaret vydržím jen pár hodin.	1	2	3	4	5	6	7
15. Často kouřím, abych se mohl/a soustředit.	1	2	3	4	5	6	7
16. Spoléhám na kouření, potřebuji-li ovládnout svůj hlad a jezení.	1	2	3	4	5	6	7
17. Můj život je plný věcí, které mi připomínají kouření.	1	2	3	4	5	6	7
18. Kouření mi pomáhá cítit se lépe během okamžiku.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kouřím, aniž bych se k tomu rozhodoval.	1	2	3	4	5	6	7
20. Cigarety mi dělají společnost jako blízcí přátelé.	1	2	3	4	5	6	7
21. Jen několik málo věcí by v mém životě mohlo nahradit kouření.	1	2	3	4	5	6	7
22. Většinu času trávím v blízkosti kuřáků.	1	2	3	4	5	6	7
23. Určité pohledy a pachy vyvolávají touhu kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
24. Cigarety mi pomáhají v soustředění.	1	2	3	4	5	6	7
25. Kouření mi pomáhá zvládat stres.	1	2	3	4	5	6	7
26. Často si zapálím cigaretu, aniž bych o tom přemýšlel/a.	1	2	3	4	5	6	7
27. Většina mých každodenních cigaret mi chutná.	1	2	3	4	5	6	7
28. Někdy mám pocit, že cigarety řídí můj život.	1	2	3	4	5	6	7

29. Často bažím po cigaretě.	1	2	3	4	5	6	7
30. Většina lidí, s nimiž trávím čas, jsou kuřáci.	1	2	3	4	5	6	7
31. Udržování hmotnosti je hlavní důvod, proč kouřím.	1	2	3	4	5	6	7
32. Většinou se cítím mnohem lépe, jakmile si zakouřím.	1	2	3	4	5	6	7
33. Některé z cigaret, které kouřím, chutnají skvěle.	1	2	3	4	5	6	7
34. Jsem opravdu závislý/á na cigaretách.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kouření je nejrychlejší způsob, jak se mohu odměnit.	1	2	3	4	5	6	7
36. Někdy mám pocit, že cigarety jsou mými nejlepšími přáteli.	1	2	3	4	5	6	7
37. Mé bažení se zesiluje, když si nezakouřím.	1	2	3	4	5	6	7
38. Kouřil/a bych dál, i pokud by to znamenalo, že mohu trávit méně času se svými zájmy a koníčky.	1	2	3	4	5	6	7
39. Moje soustředění je po vykouření cigarety lepší.	1	2	3	4	5	6	7
40. Vidět někoho kouřit ve mně vzbuzuje velkou chuť na cigaretu.	1	2	3	4	5	6	7
41. Občas se přistihnu, že sahám po cigaretě, aniž bych o tom přemýšlel/a.	1	2	3	4	5	6	7
42. V určitou denní dobu bažím po cigaretě.	1	2	3	4	5	6	7
43. Bez cigaret bych se cítil/a osamělý/á.	1	2	3	4	5	6	7
44. Hodně mých přátel a/nebo příbuzných kouří.	1	2	3	4	5	6	7
45. Kouření mi přináší velké uspokojení.	1	2	3	4	5	6	7
46. Cigarety jsou tím jediným, co mě povzbudí, když to potřebuji.	1	2	3	4	5	6	7
47. Ostatní mě považují za silného kuřáka.	1	2	3	4	5	6	7
48. Cítím ke svým cigaretám silnou vazbu.	1	2	3	4	5	6	7
49. Jen velký zdravotní problém by mě mohl přimět přestat kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
50. Když několik hodin nemohu kouřit, bažení se stává nevladatelným.	1	2	3	4	5	6	7
51. Když dělám určité věci, je mi jasné, že při nich budu kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
52. Většina mých přátel a známých kouří.	1	2	3	4	5	6	7
53. Miluju pocit vdechování kouře do úst.	1	2	3	4	5	6	7
54. Kouřím do 30 minut od probuzení.	1	2	3	4	5	6	7
55. Někdy si ani neuvědomím, že kouřím.	1	2	3	4	5	6	7
56. Obávám se, že když přestanu kouřit, přiberu.	1	2	3	4	5	6	7
57. Kouření mi pomáhá lépe přemýšlet.	1	2	3	4	5	6	7
58. Kouření mi opravdu pomůže cítit se lépe, když je mi smutno.	1	2	3	4	5	6	7
59. Některé věci se nedají zvládnout bez kouření.	1	2	3	4	5	6	7
60. Kouření mi dělá dobře.	1	2	3	4	5	6	7
61. Kouření mi brání v přejídání.	1	2	3	4	5	6	7
62. Své kouření nemám pod kontrolou.	1	2	3	4	5	6	7
63. Považuji se za silného kuřáka.	1	2	3	4	5	6	7
64. I když se cítím dobře, když si zakouřím, je mi ještě lépe.	1	2	3	4	5	6	7
65. Sahám po cigaretách, když jsem podrážděný/á.	1	2	3	4	5	6	7
66. Užívám si pocit dlouhého, pomalého vyfukování kouře.	1	2	3	4	5	6	7
67. Vzdát se cigaret by bylo jako ztratit dobrého přítele.	1	2	3	4	5	6	7
68. Kouření je nejsnazší cesta, jak se povzbudit.	1	2	3	4	5	6	7

# KUŘÁCKÝ ASSESSMENT

(sestavila Andrea Šmejkalová)

datum vyšetření: \_\_\_\_\_

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| • jméno:          | • rodinný stav: |
| • datum narození: | • vzdělání:     |
| • bydliště:       | • povolání:     |

## **A) Informace o zdravotním stavu:**

1. V průběhu minulých 12 měsíců byl váš celkový zdravotní stav:

- ☐ Výborný ☐ Docela dobrý ☐ Nepříliš dobrý ☐ Špatný

Komentář: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. V průběhu minulých 12 měsíců byl váš celkový psychický stav:

- ☐ Výborný ☐ Docela dobrý ☐ Nepříliš dobrý ☐ Špatný

Komentář: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Užíval/a jste v posledních 12 měsících pravidelně léky? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? \_\_\_\_\_

4. Trpěl/a jste někdy psychickým onemocněním? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jakým? \_\_\_\_\_

5. Vyskytlo se ve vaší rodině psychické onemocnění? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké a u koho? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Vyskytla se ve vaší rodině závislost? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaká a u koho? \_\_\_\_\_

7. Kromě toho, že kouříte, žijete zdravě? ☐ Ano ☐ Ne

8. Kolik hodin v průměru denně spíte? \_\_\_\_\_

9. Kolik kusů ovoce a zeleniny denně jíte? \_\_\_\_\_

10. Kolik litrů tekutin denně pijete? \_\_\_\_\_

11. Kolikrát týdně se věnujete intenzivní fyzické aktivitě trvající alespoň 20 minut? \_\_\_\_\_

12. Kolikrát týdně věnujete alespoň 30 minut v kuse chůzi? \_\_\_\_\_

13. Jaká je vaše hmotnost? \_\_\_\_\_ kg

14. Jaká je vaše výška? \_\_\_\_\_ cm

15. Na škále 1-10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak jste spokojen/a se svou postavou? \_

16. Kolik hodin týdně věnujete odpočinku? \_\_\_\_\_

17. Jakým způsobem odpočíváte? \_\_\_\_\_

18. Je váš denní režim pravidelný? ☐ Ano ☐ Ne

19. Pijete alkohol? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jak často? \_\_\_\_\_
- Jaký a v jakém množství? \_\_\_\_\_
- Při jakých příležitostech? \_\_\_\_\_

20. Užíval/a jste další návykové látky? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? \_\_\_\_\_
- Užíváte je v současné době? ☐ Ano ☐ Ne

## **B) Informace o užívání tabáku:**

1. V jakém věku jste měl/a svou první cigaretu? \_\_\_\_\_

2. V jaké situaci? \_\_\_\_\_

3. Kouříte pravidelně? ☐ Ano ☐ Ne

4. Jak dlouho již pravidelně kouříte? \_\_\_\_\_

5. Kolik cigaret v průměru denně vykouříte? \_\_\_\_\_

( ☐ >50 ☐ 31-50 ☐ 21-31 ☐ 11-20 ☐ 1-10 )

6. Kdy kouříte nejvíce?

- ☐ ráno \_\_\_\_\_ ☐ dopoledne \_\_\_\_\_ ☐ odpoledne \_\_\_\_\_ ☐ večer \_\_\_\_\_ ☐ v noci \_\_\_\_\_
- ☐ pracovní dny \_\_\_\_\_ ☐ víkend \_\_\_\_\_ ☐ dovolená \_\_\_\_\_
- ☐ jiné \_\_\_\_\_

7. V jakém období jste kouřil/a nejvíce? \_\_\_\_\_

8. Kolik cigaret denně to asi bylo? \_\_\_\_\_

9. Jaký je váš minimální denní počet cigaret? \_\_\_\_\_

10. Jak dlouho po probuzení začínáte kouřit? \_\_\_\_\_

☐ <5min. ☐ <30min. ☐ 31-60min. ☐ >60min.

11. Kouří ve vaší domácnosti další osoby? ☐ Ano ☐ Ne

12. Kouří osoby ve vašem pracovním/studijním okruhu? ☐ Ano ☐ Ne

13. Užíváte tabák i v jiné formě, než jsou průmyslově vyráběné cigarety? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, v jaké? \_\_\_\_\_ V jakém množství? \_\_\_\_\_

14. Kouříte i jiné látky než tabák? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? \_\_\_\_\_ V jakém množství? \_\_\_\_\_

15. Kouříte spíše “pro radost/pohodu” nebo ve stresu?

☐ Přibližně stejně ☐ Zejména pro radost ☐ Zejména ve stresu

16. Kouříte v blízkosti dětí? ☐ Ano ☐ Ne

### C) Připravenost přestat kouřit:

Mnoho kuřáku pociťuje určitou ambivalenci ohledně rozhodnutí, zda přestat kouřit. Vyznačte prosím na následující škále připravenosti bod, kde se v současnosti nacházíte vy.

JSEM PŘIPRAVEN/A PŘESTAT KOUŘIT:

Nikdy	Jednoho dne..	50/50	Brzy	Teď
-------	---------------	-------	------	-----

### D) Motivace:

1. Co pro vás znamená "přestat kouřit"? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Přemýšlíte vážně o tom, že přestanete kouřit?

☐ Ne   ☐ Ano, přestanu během příštího roku   ☐ Ano, přestanu během příštích šesti týdnů

☐ Jiné \_\_\_\_\_

3. Pokud ANO, které tvrzení nejlépe vystihuje váš postoj?

☐ Musím přestat kouřit.   ☐ Chci přestat kouřit.   ☐ Už nechci být kuřákem.

☐ Jiné \_\_\_\_\_

4. Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak moc věříte, že tentokrát přestanete kouřit? \_\_\_\_\_

5. Jak byste tento stupeň jistoty vyjádřil/a slovy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak moc je pro vás důležité přestat kouřit? \_\_\_\_\_

7. Proč chcete přestat kouřit právě v této době? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Jak se cítíte, naléhá-li na vás okolí (rodina, přátelé, kolegové), abyste přestali kouřit?

☐ Naštvaný/á   ☐ Frustrovaný/á   ☐ Pomáhá mi to

☐ Jiné \_\_\_\_\_

9. V čem spatřujete výhody kouření? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. V čem spatřujete výhody nekouření? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Jaké budou pro vás důležité přínosy toho, že přestanete kouřit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Co vám pomůže přestat kouřit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. V čem vám bude užitečný odborník, jaký přínos od společné práce očekáváte?

\_\_\_\_\_

14. Od koho při odvykání kouření očekáváte podporu?

☐ Kamarád/ka ☐ Kolega/kolegyně ☐ Partner/ka ☐ Příbuzný \_\_\_\_\_

☐ Spoléhám se jen sám/sama na sebe

☐ Jiné \_\_\_\_\_

### **E) Minulé pokusy přestat kouřit:**

Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit? ☐ Ano ☐ Ne

1. Pokud ano, v jaké situaci jste znovu začal/a? \_\_\_\_\_

2. Kolikrát jste se pokoušel/a přestat kouřit? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x ☐ 6x ☐ vícekrát

3. Jaké bylo nejdelší období, po které jste vydržel/a nekouřit? \_\_\_\_\_

☐ >1rok ☐ 6-12 měsíců ☐ 3-6měsíců ☐ 1-3měsíce ☐ 1-4 týdny ☐ <1týden

4. Jaké metody jste využil/a při minulých pokusech?

☐ Ze dne na den ☐ Postupné omezování počtu vykouřených cigaret

☐ Bez pomoci ☐ Individuální poradenství ☐ Svépomocná skupina ☐ S další osobou

☐ S pomocí nikotinové substituce: ☐ náplast ☐ žvýkačka ☐ inhalátor

• Pokud jste užíval/a nikotinovou substituci, jak dlouho/kolik kusů? \_\_\_\_\_

• Jak hodnotíte užitečnost terapie? \_\_\_\_\_

☐ Bupropion (Zyban, Wellbutrin, Elontril) ☐ Vareniklin (Champix)

• Pokud jste bupropion/vareniklin, jak dlouho/kolik kusů? \_\_\_\_\_

• Jak hodnotíte užitečnost terapie? \_\_\_\_\_

☐ Jiné \_\_\_\_\_

5. Která metoda se vám nejvíce osvědčila? \_\_\_\_\_

6. Jak těžké je pro vás nekouřit v průběhu celého dne?

☐ Bez problémů ☐ Docela snadné ☐ Docela obtížné ☐ Velmi obtížné ☐ Nemožné

☐ Nevím, nezkoušel/a jsem to

## **F) Faktory spojené s odvykáním:**

1. Jaké faktory ovlivňují vaše rozhodnutí přestat kouřit?

☐ Zdraví ☐ Finanční náklady ☐ Sociální tlak ☐ Rodina

☐ Jiné \_\_\_\_\_

2. Čeho se nejvíce obáváte ohledně odvykání kouření?

☐ Stres ☐ Ztráta příjemných pocitů ☐ Zvýšení hmotnosti ☐ Bažení po cigaretě

☐ Abstinenční příznaky obecně ☐ Selhání ☐ Deprese

☐ Jiné \_\_\_\_\_

3. Jaké zdravotní potíže spojené s kouřením vám byly diagnostikovány nebo si myslíte, že je můžete mít?

☐ Chronická bronchitida ☐ Rozedma plic ☐ Kardiovaskulární onemocnění ☐ Hypertenze

☐ Dušnost ☐ Související druhy rakoviny ☐ Nízká hladina "dobrého cholesterolu"

☐ Jiné \_\_\_\_\_

# DOTAZNÍK ZPĚTNÉ VAZBY K PROGRAMU

## Koučink jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření

datum: ..... jméno: ..... nekouřím? A / N ( ..... dní)

1. Kolik peněz jste přibližně během proběhlého programu ušetřil/a za cigarety?
2. Jak byste z vlastní zkušenosti výstižně vysvětlil/a známému, co je koučování?
3. K jakým významným změnám obecně ve vašem životě došlo od zahájení naší spolupráce? (zač. 03/12, např. odchod ze zaměstnání, ukončení studia, rozchod s partnerem, změna životního stylu apod.)
4. Které z těchto změn ve vašem životě mohou souviset s tím, že jste byl/a koučován/a?
5. Do jaké míry se vám podařilo dosáhnout cíle vymezeného v koučovacím kontraktu?
  - Jaký cíl to byl?
6. Které momenty v průběhu koučování si vybavujete jako významné, zlomové?
7. Co vám v sezeních chybělo, co by vám snad lépe vyhovovalo, co mohlo být jinak?
8. Co považujete za největší přínosy proběhlého koučování, co oceňujete, co vám vyhovovalo?
9. Přihlásil/a byste se do programu, i kdyby služba nebyla nabídnuta zdarma? A / N
  - komentář:
10. Co významného si z koučování odnášíte, co snad využijete i v budoucnosti?

**Poznámka k číslovaným otázkám 10-18: prosím odpovězte nejprve na škále od 1 do 10, kde 1 znamená “nejméně, vůbec” a 10 znamená “nejvíce, naprosto”, pak připojte komentář.**

11. Jak jste byl/a s průběhem koučování spokojen/a? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
  - komentář:



12. Jak moc vám vyhovovala osoba kouče? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

13. Jak významný pro vás byl závazek stanovený v koučovacím kontraktu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

14. Jak významné pro Vás bylo vědomí toho, že kouč zároveň prodělává vlastní úspěšnou

zkušenost s odvykáním kouřením? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• jaký myslíte, že na vás mělo vliv vědomí, že kouč sám přestal kouřit?

15. Jak důležitá pro Vás byla skutečnost, že je služba nabízena bezplatně?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

• Jaký vliv to mohlo mít na vaši motivovanost v průběhu?

• Čistě teoreticky, kolik byste byl/a ochotný/á v reálných podmínkách za tuto poskytnutou službu zaplatit za 1 sezení?

• Čistě teoreticky, kolik byste byl/a ochotný/á v reálných podmínkách za tuto poskytnutou službu zaplatit za celý absolvovaný program?

• Jaký je váš čistý měsíční příjem?

16. Jak moc vám koučování pomohlo při odvykání kouření? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• popište prosím, co konkrétně vnímáte jako prospěšné?

17. Které další techniky, metody, prostředky jste zároveň při tomto odvykacím pokusu použil/a? Jak moc vám pomohly?

bupropion - Wellbutrin/Elontril/Zyban ..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vareniklin - Champix..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinové žvýkačky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinové náplasti..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinový inhalátor..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

elektronická cigareta..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

paipo..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

jiné náhražky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

relaxační techniky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

jiné (jaké: ..... ) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Podle vašeho názoru - do jaké míry je koučování vhodnou podpůrnou metodou při odvykání kouření? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• jaké mohou být výhody a nevýhody tohoto způsobu práce při odvykání kouření?

19. Pokud by se teoreticky naskytla taková možnost, uvítal/a byste prodloužení programu

“Koučink jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření”? A / N

20. Pokud by byl design takového programu pouze na vás, jak dlouho by měl trvat?

21. Kolik sezení by měl program optimálně zahrnovat?

22. Jak často by se měla setkání ideálně odehrávat?

23. Jak dlouhá by měla jednotlivá sezení být?

24. Doporučil/a byste Andreu Šmejkalovou jako kouče? A / N • prosím popište, proč:

25. Doporučil/a byste koučink jako užitečnou podpůrnou metodu při odvykání kouření lidem ve vašem okolí? A / N • prosím napište, co vás k rozhodnutí vede:

---

Děkuji za otevřenou zpětnou vazbu!



### Zúčastněte se projektu "Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření" :

- jedinečná možnost vyzkoušet si ZDARMA koučink na vlastní kůži
- podpora a zvýšení motivace
- využijte program k odvykání nebo přípravě na ně

### Pro koho je projekt určen:

- kuřáci starší 18 let rozhodnutí v příštích šesti měsících přestat kouřit
- nejen pacienti Centra pro léčbu závislosti na tabáku

### Pro přihlášení a více informací mě prosím kontaktujte:

**Andrea Šmejkalová**

[info@expertkouc.cz](mailto:info@expertkouc.cz)

+420 775 334 983 [expertkouc.cz](http://expertkouc.cz)

### **Časový plán projektu 2012:**

- **leden, únor:** výběr 7-10 klientů
- **konec února:** (společná) informační setkání
- **březen - květen:** 6-10 individuálních sezení dle potřeby každého klienta
- **červen:** ukončení studie, zhodnocení

Projekt je empirickou součástí diplomové práce studentky psychologie FF UK. Odpovědnou lékařkou je MUDr. Alexandra Kmeťová. Všechna osobní data jsou přísně důvěrná a v publikaci budou kódována.



**Registrace  
do února  
2012  
=  
koučinkový  
program  
ZDARMA**



# Pomůžte vám

koučink přestat kouřit a zvýšit  
motivaci nezačít znovu?



**"Pokud věříte, že něco dokážete nebo nedokážete, pak máte většinou pravdu."**

(Henry Ford)

### Co je to koučování?

- Koučování (koučink, coaching) je **intervence rozhovorem** mezi vyškoleným odborníkem - koučem a klientem.
- Jedním z principů koučování je **probouzení zájmu a zvyšování vnitřní motivace** - složek nutných k dosažení zvoleného cíle.
- Věříme, že pokud je naše motivace vyšší, ke kříženému výsledku nám pak bude stačit menší množství energie a naše cesta k cíli bude efektivnější a pro nás příjemnější.
- **Odstraňování nežádoucích automatismů**, které jsme si postupně v sobě vytvořili, vzrůstání kapacity k prožitkům, navýšování tvořivé energie a **posilování pocitu odpovědnosti a kontroly nad svými akcemi** jsou další důležité aspekty koučovacího procesu.

- Koučovací proces celkově vede k poznání vlastních možností, k vytvoření schopnosti nalézat zdroje k lepšímu využívání vlastního potenciálu.
- Klient si v průběhu také osvojuje principy koučinku a je tak po ukončení série sezení připraven k jejich samostatnému využívání ve formě sebekoučování.
- Ač se běžně jedná o nákladnou službu (hodina stojí i několik tisíc Kč), v tomto projektu bude poskytnuta 10 klientům **ZDARMA**.

- Koučování, které vyrůstá z psychologie, je procesem, jehož nezbytnými součástmi jsou schopnost strukturovat myšlenky klienta a vést jej k vytyčenému cíli, umění naslouchat, pokládat ve správnou chvíli trefné a tvořivé otázky, reflektovat to, co klient popisuje, a dávat přínosnou zpětnou vazbu.
- **Staví na rovnosti rolí kouče a klienta, kteří spolupracují na vytváření dobře vymezených cílů a strategií k jejich dosahování.**
- Kouč by rozhodně neměl klientovi sdělovat hotová řešení, udělovat mu rady či jeho nápady a podněty hodnotit. Naopak ví, že řešení, které se díky kreativitě, již koučovací proces stimuluje, vynoří z hloubi klientova (pod)vědomí, je to nejvíce energizující, a klient jej tak realizuje úspěšně a s mnohem větší pravděpodobností a trvalejším účinkem než ty možnosti, které si sám nezvolil.